Pôle Régional de Compétences en Éducation et Promotion de la Santé Languedoc-Roussillon

L'astrolabe d'Hygie

Concepts, Pratiques & Politiques

La revue du Pôle
Janvier 2014
N°5

Périodes propices pour l'éducation pour la santé

EDITO

Voici le cinquième et dernier numéro de l'Astrolabe d'Hygie, car cette activité n'entre plus dans le cahier des charges de l'INPES pour les Pôles régionaux. Preuve que le temps est toujours à l'oeuvre et que ce que l'on croyait devoir perdurer n'est plus de mise demain. Il en va des écrits comme des structures et également de la prévention.

Alors pour rester dans l'air du temps, nous vous offrons donc ce «spicilège» s'interrogeant sur les périodes propices pour l'éducation à la santé.

Quand intervenir ? À quel âge ? Sur quelle thématique ? Quelle priorité de santé à chaque période de vie ? Quelle lecture générationnelle ?

Plusieurs acteurs membres du pôle et partenaires se sont mobilisés pour proposer leurs réflexions.

Il ressort peut-être de ces écrits en filigrane un continuum dans la prévention. Une esquisse de concept, issue de la pratique, à proposer aux décideurs...

Bonne lecture et bonne année 2014 !
Bertrand Blanchard
Holisme Communication
Membre du Pôle

L'éducation à la santé : quelles efficacité ? page 2

Prise en charge du tabagisme auprès des personnes en situation de précarité page 6

L'éducation pour la santé dans la relation de soins en pratique libérale page 9

Des actions de promotion de la santé dès la petite enfance page 16

Grossesse et alcool page 19

La grossesse: une bonne période pour adopter un mode vie plus sain ? page 23

Maitresse ! Comment on fait les bébés ? page 25

Personnes âgées et addiction page 29

Bibliographie page 32

Revue du Pôle Régional de Compétences en Education et Promotion de la Santé Languedoc-Roussillon
Téléchargeable sur le site du Pôle : http://www.pole-education-sante-lr.fr
Directeur de publication :Dr Martine Aoustin Directrice Général de l'ARS Languedoc-Roussillon
Coordination Technique : Emilie Gueguinou ARS Languedoc-Roussillon
Animateurs de l'axe Communication : CAMIEG & Holisme
Siège social du Pôle : ARS LR, DSPE, Parc Club du Millénaire, 1025 rue Henri Becquerel, 34067 Montpellier cedex 2
Courriel : coordination@pole-education-sante-lr.fr
Avec le soutien financier de l'INPES

L'éducation pour la santé : Quelle efficacité ?

« L'éducation pour la santé (EPS) est un ensemble de méthodes et de démarches pédagogiques et de communication parmi d'autres (diagnostics des besoins, planification...) au service de la promotion de la santé et de la prévention, pour accroître l'autonomie, la capacité de faire des choix favorables à la santé, en respectant la liberté, en promouvant la responsabilité des personnes, en développant les connaissances et les compétences et en favorisant l'estime de soi et l'attention aux autres» (Bouchet, 2000). L'EPS doit soutenir les phases du développement des personnes (développement psychomoteur, psychoaffectif, intellectuel, psychosocial…) et les aider à franchir les phases plus critiques du développement (conflit, prise de risque) (Goudet, 2005).

L'efficacité et/ou la qualité d'une action en EPS/PS ne peut être mise en évidence que par une méthode d'évaluation rigoureuse et adaptée. Cependant, évaluer l'efficacité des programmes ou actions d'EPS est complexe car il s'agit théoriquement de mesurer l'impact ou l'effet de l'EPS sur les modifications de comportements ou la motivation au changement. La littérature présentant des résultats d'efficacité de programmes d'éducation pour la santé est à la fois abondante et hétérogène. Cependant, beaucoup d'actions ou de programmes d'EPS restent encore aujourd'hui non-évalués ou lorsqu'ils le sont, la diversité des méthodes utilisées pour mettre en place et évaluer les actions rend la comparaison complexe.

Les difficultés de l'évaluation en EPS/PS

L'une des difficultés majeures à laquelle se heurtent les acteurs souhaitant évaluer leurs actions d'éducation pour la santé est la définition de « l'objet » qu'ils vont mesurer et des moyens à mettre en oeuvre pour y parvenir. L'évaluation peut en effet porter sur les résultats et l'impact de l'action, la pertinence de l'action et/ou enfin le rapport coût/efficacité. Le choix de « l'objet » à évaluer va ensuite conditionner la méthode d'évaluation.
En éducation pour la santé, plusieurs facteurs internes et externes doivent être pris en compte pour mener à bien l'évaluation d'une action:

• La stratégie d'évaluation et les outils.
Il est recommandé de s'appuyer sur des stratégies et des outils d'évaluation validés. Cependant, la réalité de mise en oeuvre des actions et de l'évaluation (manque de moyens financiers et humains) pousse souvent les acteurs de terrain à évaluer leurs actions à partir de méthodes et/ou d'outils non validés scientifiquement par un groupe d'expert en santé publique et/ou en méthodologie d'évaluation. La méthode de référence pour évaluer l'efficacité d'une action, malgré quelques contestations de théoriciens, reste l'essai contrôlé randomisé. Cependant, cette stratégie d'évaluation impose de nombreuses contraintes que les acteurs de terrains peuvent difficilement ou partiellement assurer du fait du contexte politique, social et financier de l'EPS aujourd'hui en France.

L'EPS doit soutenir les phases du dévelopement des personnes

• La durée.
Les effets attendus d'une action d'EPS sont souvent un changement de comportement et demandent donc du temps. La mise en place de l'action et l'évaluation doivent donc prendre en compte ce facteur temps important qui malheureusement n'est plus en adéquation avec les systèmes de financement de l'EPS (finance-

ments réduits, non pérennes et très souvent à court terme).

• ***L'environnement politique et social.***

Cet environnement politique et social va également souvent conditionner les objectifs de l'action d'EPS et donc les critères et la méthode d'évaluation (priorités politiques régionales et/ou nationales, contexte social de l'action). L'efficacité d'une action d'EPS est aussi dépendante du contexte dans lequel l'action a été mise en place. Une étude récente en France (EVATRAAPS) s'est donc donnée pour objectif d'étudier les conditions de transférabilité et d'adaptation des interventions en promotion de la santé. L'hypothèse de départ de cette étude est que l'utilisation d'un outil opérationnel pour évaluer a priori la transférabilité d'une intervention dans un contexte donné et le cas échéant pour adapter ses modalités de mise en oeuvre pour la rendre efficace dans ce contexte, permet une plus grande homogénéité des résultats et peut contribuer à la réduction des inégalités de santé.

Malgré ces difficultés, des actions d'éducation pour la santé ont pu être évaluées : sont-elles toutes efficaces ?

Quelle efficacité ?

La Commission européenne de l'Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé a mis en évidence, à partir d'une analyse de la littérature, que les actions d'éducation pour la santé contribuaient globalement à (Tondeur, 1996) :

- Faire progresser les connaissances
- Faire prendre conscience des risques et comportements à risques
- Mobiliser des décideurs
- Améliorer l'état de santé de certaines populations
- Comprimer les coûts des dépenses de santé

D'après cette analyse de la littérature, les actions d'éducation de la santé qui ont le plus d'impact sont celles :

- Qui développent des aptitudes ou qui proposent des conseils personnalisés
- Qui sont axées sur l'acquisition de connaissances
- Qui focalisent sur la capacité à reconnaître les pressions sociales
- Qui visent une modification des normes sociales plutôt qu'un changement de comportement

Cependant, peu d'études sont en mesure de mettre en évidence un impact à long terme des actions d'éducation pour la santé sur le comportement du fait du contexte actuel de la santé en France et dans le monde.

« Education pour la santé : les défis de l'évaluation »
(Santé de l'Homme n°390, 2007)

L'évaluation de toute action de promotion de la santé (éducation, prévention...) est devenue une pratique incontournable. Comment s'y prendre ? Comment évaluer une modification des comportements alors qu'il est impossible de la constater par des chiffres ? Le dossier central de ce numéro de La Santé de l'homme traite cette question par des analyses et des cas pratiques. Vingt experts francophones (France, Canada, Belgique) présentent un mode d'emploi, des expérimentations. Conclusion du dossier : évaluer c'est indispensable, possible mais cela exige de respecter un protocole d'une très grande rigueur. Un dossier utile et un outil pour les formations.

Focus sur l'efficacité de quelques actions d'éducation pour la santé à des périodes «critiques»

Avant la naissance.

Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) structurée, dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés (Haute Autorité de Santé, 2005). Cette démarche permet la communication d'informations sur les différents facteurs de risque et comportements à risques et sur les possibilités offertes par le système de santé, le développement de compétences parentales et personnelles, nécessaires pour agir en vue d'accueillir et prendre soin de son enfant. **L'efficacité de la PNP** reste inconnue tant pour ses effets sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale (études randomisées de faible niveau de preuve). Le soutien à la fonction parentale a été peu étudié en population générale durant la période postnatale précoce. Des études contrôlées randomisées suggèrent (effets non significatifs) un bénéfice en termes d'adaptation affective et physique aux besoins du nourrisson, de construction du lien parents-enfant et plus largement de développement personnel des parents (capacité à résoudre des problèmes, à trouver les solutions les plus adaptées à leur situation, à requérir une aide ponctuelle, un soutien, de l'information, à rechercher des lieux de rencontre avec d'autres parents, à participer à des ateliers, etc.). La durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel s'améliorent avec des interventions associées entre elles (groupe de discussion, séances prénatales, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage, contact individuel avec un professionnel formé à la conduite de l'allaitement) (Haute Autorité de Santé, 2005).

L'enfance et l'adolescence : le rôle crucial de l'école (Expertise Collective INSERM, 2001)***.***

Plusieurs revues ont mis en évidence que les méthodes actives et interactives d'éducation pour la santé, ainsi que le développement des compétences psychosociales, apparaissaient efficaces en milieu scolaire. Les facteurs d'efficacité sont la formation des enseignants, la fidélité au programme enseigné, l'allocation de temps, la qualité des outils pédagogiques, l'implication des familles et des élèves, le soutien de la communauté et de l'administration, la collaboration intersectorielle, la globalité de l'approche et même la qualité de l'évaluation.

L'importance de l'amélioration des compétences psychosociales et de l'environnement social a également été soulignée dans la littérature. Les programmes centrés sur la promotion de la santé mentale semblent prometteurs. Ils ont montré des effets en termes de bien-être psychologique, de meilleur ajustement psychologique et de diminution des difficul-

« Education pour la santé : une place insuffisante dans la politique de santé ? »
(Santé publique, vol 25, n°2 supplément 2013)

Les articles proposés sont divisés en quatre parties:
1. L'évolution éthique, historique et politique de l'éducation pour la santé
2. Les enjeux conceptuels et méthodologiques de l'éducation pour la santé
3. Quatre éclairages internationaux sur l'éducation pour la santé
4. Pratiques d'éducation pour la santé : des approches populationnelles par milieux de vie, au service de la qualité des actions.

tés d'apprentissage scolaire, des problèmes de comportement et des agressions. Dans cette perspective, l'accent est mis sur la personne et ses environnements sociaux et sur le développement des facteurs psychologiques et sociaux de la santé. Les facteurs psychologiques comprennent les facteurs de santé émotionnelle (estime de soi, conscience de soi, attention à soi, liens affectifs précoces positifs, sentiment de sécurité, développement émotionnel) et les compétences psychologiques (résolution de problèmes, gestion du stress, capacité à faire face à l'adversité, adaptabilité, compétences sociales). Les facteurs sociaux favorables sont la qualité des relations interpersonnelles, les soutiens sociaux, l'appartenance à des réseaux, la participation sociale, la responsabilité, la tolérance, le degré et les possibilités d'autonomisation, l'intégration des minorités.

Les personnes âgées : une population trop souvent oubliée

La vieillesse est une période de vie souvent synonyme de désinvestissement et de perte d'autonomie ou encore d'isolement social. Un récent rapport (Pinville, 2012) a mis en évidence que pour être efficaces, les actions de prévention, incluant l'éducation pour la santé, doivent se mettre en place relativement tôt, en tout cas bien avant l'apparition des premières manifestations de perte d'autonomie, de façon à inciter le plus grand nombre à adopter des comportements positifs, sur le plan médical et social. « Il faut replacer la prévention des conséquences de l'avancée en âge dans un continuum d'intervention, « tout au long de la vie », ce qui permettra de mieux faire face aux éventuelles réactions de rejet émanant de personnes qui se considèrent trop jeunes pour être concernées par ces programmes ». Ensuite, le repérage et le ciblage sont essentiels. L'efficacité dépend pour partie aussi de l'existence d'un point d'entrée bien repéré dans le dispositif. Le développement de guichets uniques d'accès aux droits et aux interventions sanitaires et sociales doit être encouragé. Enfin, les dispositifs de prévention doivent être l'occasion de tisser des liens intergénérationnels, avec une forte valorisation des projets bénévoles et communautaires qui ont montrés leur efficacité dans d'autres pays.

Conclusion

Il est aujourd'hui possible d'optimiser les actions d'éducation pour la santé pour qu'elles soient plus efficaces à condition que les moyens donnés aux acteurs, en terme financier, humain et de formation, soient suffisants pour leur permettre de mener à bien leurs actions et les évaluer pour enrichir les connaissances et compétences de tous.

Une solution est aujourd'hui apportée aux acteurs de terrains pour leurs actions : les Pôles régionaux de compétences en éducation et promotion de la santé. Ces Pôles, soutenus financièrement par l'Institut Nation d'Education et de Promotion de la Santé (INPES), se mettent gratuitement à disposition des acteurs pour leur apporter un appui méthodologique, de la documentation et des formations à destination des acteurs de terrain pour leur permettre de mettre en place et d'évaluer leurs actions.

Emilie Bonsergent,
IREPS LR, membre du Pôle

Références bibliographiques

Bouchet, C. (2000). Zoom sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé. 10.

Expertise Collective INSERM. (2001). Education pour la santé des jeunes. 246.

Goudet, B. (2005). Les enjeux de l'éducation pour la santé. 4.

Haute Autorité de Santé. (2005). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

Pinville, M. (2012). Relever le défi politique de l'avancée de l'âge. Perspectives internationales.

Tondeur, L. (1996). L'éducation pour la santé, une efficacité sous conditions. Actualité et dossier en santé publique, XXII.

Prise en charge du tabagisme auprès des personnes en situation de précarité :
Quelles modalités d'intervention ?

La prévention en direction des personnes en situation de précarité entraîne une question récurrente chez les professionnels : comment aborder des thèmes d'éducation pour la santé avec des personnes dites « vulnérables », lorsque ces dernières ont pour priorité de couvrir leurs besoins primaires ? A travers la présentation et l'analyse de notre expérience menée sur la lutte contre le tabagisme dans l'Hérault, nous allons tenter d'apporter des éléments concrets à cette question.

Tabagisme et personnes en situation de précarité. Une problématique de santé publique

En France, le tabagisme actif est responsable de 90 % des cancers du poumon et de 73 000 décès prématurés chaque année [1]. Le tabac est la première cause de mortalité évitable. Des données récentes montrent une augmentation du pourcentage de fumeurs actifs dans la population générale avec un taux atteignant 29,1% [1]. Ce phénomène affecte particulièrement les populations de bas niveaux sociaux économiques, pour lesquels l'augmentation de la consommation a été la plus forte entre 2005 et 2010, passant de 43.5% à 49.6% [2]. De plus, le risque de développer un cancer est accru chez les personnes en situation de précarité et le pronostic de la maladie est plus péjoratif. Chez l'homme ou chez la femme, l'indice relatif d'inégalité (IRI) traduit une surmortalité liée aux conditions sociales [3]. A cet égard, la situation en Languedoc-Roussillon est particulièrement critique compte tenu d'indicateurs de précarité parmi les plus élevés de France.

Dans le souci de promouvoir la santé des fumeurs en situation de précarité, l'association SOUFFLE LR a cherché à initier un programme spécifique d'accompagnement d'aide à l'arrêt du tabac pour cette population.

Un programme d'accompagnement de la dépendance adapté au public : quelle méthode ?

Afin de créer un programme de sevrage tabagique adapté à ce public, nous avons au cours de l'année 2013, cherché à identifier les freins et les leviers à l'arrêt du tabac ainsi que les attentes et les demandes en matière de prise en charge. Nous avons alors établi un partenariat avec différentes antennes du Secours Populaire Français de l'Hérault (34). Les personnes intégrées à l'étude sont des personnes fumeuses, en situation de précarité, désirant ou non s'inscrire dans une démarche d'aide à l'arrêt du tabac et qui bénéficient des aides du SPF 34.

Le tabac est la première cause de mortalité évitable.

Les personnes inclues ont été recrutées sur 4 antennes du SPF 34 (Marsillargues, Clermont l'Hérault, Villeneuve les Maguelone et Saint André de Sangonis) le jour de l'épicerie, RDV hebdomadaire incontournable pour les bénéficiaires.

Pour créer un protocole de prise en charge de la dépendance au tabac adapté à ce public nous avons sélectionné la méthode des « focus

1 Beck F, GuignardR et coll. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du baromètre santé, France, 2010, Bull. épidémiol. hebd.2011 ; (n°20-21) :230-3.

2 Jan N et coll. Prise en charge du patient fumeur en situation de précarité. Revue des maladies respiratoires. 2006 sept ; 23(4-C2) :113.

3 Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF et Luce D. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. BEH 33, 2008

groupes » (FG) pour recueillir une quantité importante d'informations et favoriser les échanges entre les pairs [4]. Cette technique, permet d'obtenir des renseignements sur les habitudes et modes de vie des populations interrogées et de mieux appréhender leurs problématiques. Une grille d'entretien à été construite pour mener à bien les focus groupes et dans le but de comprendre comment les personnes se positionnent par rapport au tabagisme en lien avec leur environnement, leurs pratiques et leur personnalité (tableau 1).

Quelques résultats

Pour cette étude préliminaire, 95 personnes ont été invitées à participer. 11% ont refusé et ont mentionné ne pas avoir envie de parler du tabac et 15% n'étaient pas disponibles le jour des focus groupes. Sur les 95 personnes invitées à participer, 70 ont réellement été recrutées. Le jour des FG, 33 personnes étaient présentes. 53 % du groupe était absent pour des raisons diverses (oublis, contre-temps…).

5 FG ont eu lieu sur les 4 antennes du SPF et lors des séances, les dialogues ont été enregistrés. Une retranscription individuelle et collective des échanges a été réalisée. De cette analyse ressortent plusieurs informations capitales dans la mise en place d'un programme de sevrage tabagique adapté. Selon les personnes interrogées, les facteurs extérieurs tels que l'emploi, l'absence de conjoint, le stress… sont des freins à l'arrêt. Autant de réalités à intégrer dans le cadre d'une prise en charge efficace de la dépendance au tabac. La majorité des participants aux FG ont mis en évidence la proximité de l'offre de soins et la délivrance gratuite des traitements comme des clés nécessaires pour débuter un sevrage tabagique. De plus, la pratique d'activités physiques apparaît comme essentielle pour l'ensemble des participants. Il y a également une accordance sur le mode de suivi, à savoir un suivi proche et régulier. Enfin, selon les bénéficiaires, une aide psychologique pourrait éventuellement aider certaines personnes plus vulnérables.

Discussion

Les résultats des FG mettent en exergue, qu'en matière de sevrage tabagique, la pratique d'activités, notamment l'activité physique, est une demande omniprésente chez tous les participants. Souvent sans emploi, avec des rythmes de vie irréguliers, les participants mettent en avant l'ennui et le manque d'activités journalières. Il y aurait alors un fort intérêt à proposer des activités de type physiques d'autant qu'il a été démontré que la composante de l'exercice physique physique doublerait les chances d'arrêter de fumer et permettrait de réduire les symptômes de sevrage tels que les affects négatifs dont le stress [5]. De plus, la délivrance gratuite de substituts nicotiniques et le suivi de proximité par un professionnel sont essentiels dans la mise en place de notre programme car c'est une attente des bénéficiaires mais aussi parce que cela permet d'apporter une aide efficace aux fumeurs précaires qui souhaitent arrêter de fumer[6]. Réfléchir et développer un programme de promotion de la santé à destination des personnes « vulnérables » sous-entend la mise en place de partenariat avec

Tableau 1 : grille d'entretien aux focus groupes

Questions	Reformulations
1/ Si vous deviez arrêter de fumer, quels seraient vos besoins ?	Quelles seraient vos conditions pour arrêter de fumer ?
2/ Si vous deviez arrêter de fumer, qu'est-ce que vous aimeriez trouver dans un accompagnement d'aide à l'arrêt ?	Qu'est-ce qui vous serait nécessaire pour arrêter de fumer ?
	Quelles seraient vos attentes en matière d'accompagnement?
	Pourquoi cet accompagnement vous semble-t'il nécessaire ?

4 Dawson et coll. Le manuel des groupes focaux. Boston : International Nutrition Foundation for Developing Countries. 1995.

5 Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Les interventions axées sur l'exercice physique contribuent-elles à l'arrêt du tabac ? 2011.
Ussher M, Nunziata P, Cropley M, et West R. Effect of a short bout of exercise on tobacco withdrawal symptoms and desire to smoke. Psychopharmacology. 2001; 158(1): 66-72.

6 Le Faou Al. Tabac et population défavorisée. Cour Add. 2002 ; 4:10-14

des associations compétentes dans le domaine de la précarité. En inscrivant notre démarche dans une organisation déjà établie par le SPF, nous avons pu obtenir des informations capitales sur les comportements et habitudes de vie de cette population nous permettant ainsi de mieux appréhender les difficultés sous jacentes à la mise en place d'un programme de sevrage tabagique. Nous avons pu observer un absentéisme important lors des FG et une difficulté pour les personnes de s'engager dans un projet même si celui-ci est ponctuel. En effet, les personnes en situation de précarité ont parfois des difficultés à se projeter au lendemain. De plus, les répercussions sanitaires liées à la consommation de tabac ne sont pas toujours envisagées par les populations « précaires » souvent empreintes d'un déni ou d'une vision de la vie à court terme [7]. De ce fait, elles peuvent avoir des difficultés à s'inscrire dans un projet d'éducation pour la santé et/ou de soin. Au vu de ces réalités, nous allons pouvoir adapter notre prise en charge afin d'obtenir la motivation et « l'assiduité » des personnes qui vont intégrer le programme.

Perspectives : des focus groupes à la réalisation du programme de sevrage tabagique…

Depuis septembre 2013, nous avons repris contact avec les bénéficiaires du SPF. Le programme de sevrage tabagique est en cours de réalisation. Les participants bénéficient toutes les semaines de :

-Consultations individuelles et collectives de tabacologie

-Délivrance gratuite de substituts nicotiniques

-Ateliers activités physiques ou d'expression ou de nutrition

-Sms et appels motivationnels

Le programme se déroule sur deux antennes du SPF 34 (Saint-André-De-Sangonis et Villeneuve-Les-Maguelone) et s'étend sur un an (septembre 2013 à septembre 2014) avec des modalités d'accompagnement évolutives. Au cours des trois premiers mois les participants auront deux RDV par semaine avec des professionnels. Au fil des mois les RDV vont s'espacer afin de rendre les personnes autonomes dans leur démarche de sevrage. Pour l'instant 18 personnes bénéficiaires du SPF et fumeuses viennent d'intégrer le programme. Un premier bilan dans trois mois sera réalisé afin de faire un point sur l'abstinence des participants puis d'autres seront effectués à 6 mois et à un an afin d'évaluer l'efficacité de notre intervention.

En conclusion ?

De ce travail préliminaire, il ressort qu'il n'existe pas de bonne ou de mauvaise période pour mettre en place un projet de promotion de la santé auprès des populations précaires mais qu'il importe de l'établir en fonction des spécificités du public. Toutes les opportunités pour informer et proposer une offre de soin sont bonnes à saisir. Cependant, il est primordial de prendre en compte les facteurs de précarité et d'orientation temporelle pour optimiser les effets d'une intervention notamment dans le sevrage tabagique [8]. Pour finir, il est indispensable de travailler en partenariat avec des associations ayant acquis une expertise dans le domaine de l'accueil et de l'accompagnement des publics précaires. En s'appuyant sur leur expertise, la mise en place d'un projet de promotion de la santé à destination de ce public sera optimisée.

Il est primordial de prendre en compte les facteurs de précarité

Pr Xavier Quantin,
Hélène Fortin,
Souffle LR
Membre du Pôle

7 Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé, Recherches, Paris : La Découverte, oct. 2000, 436p.

8 Merson F, Perriot J. Social deprivation and time perception, the impact on smoking cessation. Sante publique journal. 2011 Sep-Oct ;23(5):359-70

L'éducation pour la santé dans la relation de soins en pratique libérale.

L'expérience d'une sage femme, d'une infirmière et d'un médecin généraliste : du « sur mesure »

La relation de soin en exercice libéral est-elle un moment propice pour la pratique de l'éducation pour la santé ? Nous verrons en quoi elle l'est et à quelles conditions, au travers des âges de la vie.

Des opportunités à saisir

Prendre soin de l'autre est une occasion de l'inciter à prendre soin de lui de façon globale. Entrer en relation de soins c'est entrer en relation, porter une attention singulière à l'autre et c'est une condition de l'éducation pour la santé.

Dans l'exercice libéral, la rencontre entre une personne et un professionnel de santé (nous parlerons ici de l'infirmière, de la sage-femme ou du médecin généraliste) se fait de façon volontariste, autour d'une demande de soins qui peut être ponctuelle, ou inscrite dans le temps. La demande de soin est explicite, c'est au professionnel de l'assurer. Comment le professionnel peut-il, dans ce contexte, devenir un éducateur qui va accompagner la personne dans son autonomie ? L'accompagner à prendre soin de soi ?

Prendre soin de l'autre est une occasion de l'inciter à prendre soin de lui de façon globale

La bonne connaissance du contexte de vie de la personne, le regard avisé et l'écoute attentive sont nécessaires pour « saisir les opportunités » d'inviter les personnes à prendre soin d'elles au-delà du contexte de soin initial. L'éducation pour la santé consiste alors à une interpellation bienveillante, un échange, des questionnements incitant à reconsidérer des modes de vie pour en évoquer d'autres qui pourraient être plus favorables, et surtout un soutien dans la motivation à ce « prendre soin de soi ».

L'éducation pour la santé est inscrite dans le décret de compétences de l'infirmière.

La sage-femme intervient dans cette période si propice ou l'attention de la femme est portée sur son rôle dans la santé de l'enfant à naître.

Le médecin traitant est reconnu par les pouvoirs publics, comme par les patients, comme interlocuteur privilégié pour les questions de santé ; c'est bien à lui que l'on a confié la mission du conseil minimal pour l'aide à l'arrêt du tabac…

Pourquoi n'est-ce pas si simple ? Pourquoi les occasions ne sont-elles pas toujours saisies ?

Qu'est-ce qui retient le soignant d'ouvrir le dialogue sur ce qui pourrait protéger, renforcer la santé de son patient ? La peur de l'ingérence ? Le manque de confiance dans ses compétences relationnelles, motivationnelles (la majorité des médecins estiment ne pas pouvoir aider les patients obèses dans la perte de poids) ? Le manque de disponibilité, de reconnaissance financière de ce temps d'échange ? Le manque de suivi assuré ? La peur de rompre la relation de confiance en allant sur un domaine autre que le soin ?

Et pourtant c'est possible, comme le montrent les exemples suivants.

Les sages-femmes sont naturellement reconnues dans leur rôle de préparation à la naissance, de soutien à l'allaitement, de soutien à la parentalité. Serait-ce l'occasion de reconsidérer ce qui est bon pour la santé de la femme en dehors du seul objectif de l'enfant à naître ?

Quelques situations éclairent les occasions saisies par la sage femme pour renforcer les compétences de ses patientes vers un mieux-être physique, psychologique ou social.

La consultation pour contraception d'une très jeune fille permet des échanges sur la sexualité, les relations avec les garçons. Au delà de la prescription, une discussion s'engage autour du corps, du désir de grossesse, du désir d'enfant, des conditions importantes pour le vécu d'une « belle » grossesse, de l'accueil serein d'un enfant…

Une patiente vient pour surveillance de fin de grossesse.

Elle m'explique qu'elle vient de se séparer d'avec le papa qui boit et qui lui fait peur. Ce qu'elle accepte pour elle, elle ne pourra pas l'accepter avec un nouveau-né à proximité. Nous discutons de la juste distance nécessaire pour qu'elle se sente en sécurité tout en donnant une chance à ce papa de pouvoir continuer à s'impliquer au moins pendant la grossesse en attendant de voir l'évolution de la situation. Je lui propose des séances individuelles de préparation à la naissance avec le futur papa, axées sur la place et l'importance du père dans l'accouchement et les soins à l'enfant. Le papa très motivé vient aux rendez-vous, un équilibre relationnel finalement se trouve autour de l'enfant à venir. Ils continuent de vivre séparément mais ils décident ensemble que le père viendra à l'accouchement.

Une jeune femme vient pour de la préparation à la naissance pour son 2ème enfant.

Son 1er accouchement avait été TRES rapide. Tout le monde lui a dit qu'elle avait de la chance, mais elle a vécu ce moment comme un traumatisme. Elle explique qu'elle n'a pas eu le temps de réaliser ce qui se passait et s'était sentie envahie par une douleur fulgurante à laquelle elle ne s'attendait pas quelques dizaines de minutes avant d'accoucher. Il lui reste une impression qu'elle ne peut pas faire confiance à son corps pour '' l'avertir '' de ce qu'elle vit. Le papa, lui, ne comprend pas sa réaction et son angoisse pour cette grossesse. Nous axons les séances de préparation sur le ressenti corporel : mouvements, postures, massages, description verbale des différents ressentis. A 7 mois de grossesse, elle me recontacte entre deux séances et me raconte qu'elle a eu des contractions la veille au soir. Alertée, elle est allée à la maternité. Elle a été félicitée par l'équipe soignante d'avoir réagi rapidement car le col de l'utérus commençait à se modifier. On lui a prescrit du repos allongée. Elle est soulagée et fière d'avoir ressenti, écouté et bien agi !

Une jeune maman vient au cabinet pour réaliser des séances de rééducation périnéale.

Au fur et à mesure des séances, un dialogue s'installe sur le ressenti des muscles sollicités par les exercices. Peu à peu la patiente me confie qu'elle est inquiète car elle ne ressent plus du tout les mêmes choses lors des relations sexuelles avec son conjoint. Elle évoque une absence de plaisir, voire des douleurs. Elle s'effondre et raconte son désarroi, la peur de ne plus retrouver une sexualité épanouissante, que cette situation ait une incidence sur son couple. Je lui explique que la grossesse et l'allaitement, du fait hormonal et du bouleversement de vie, ont souvent un impact sur la libido. Je lui propose d'aborder ses craintes, ses interrogations, avec le père. Elle repart un peu rassurée de savoir qu'il existe aussi des solutions pour une orientation professionnelle plus appropriée si le temps et la compréhension ne suffisent pas.

Dans le cadre de la rééducation périnéale après l'accouchement.

Lors des séances, Mme parle de sa fille aînée qui réagit de manière très agressive et provocatrice avec elle depuis la naissance du bébé. Elle culpabilise beaucoup de la souffrance que son aînée doit ressentir pour avoir un tel comportement et dit avoir tout essayé avec elle, mais rien n'apaise la situation. Mme n'avait pas pensé qu'une aide professionnelle ponctuelle puisse l'aider ; pour elle les psychologues, c'est pour les problèmes bien plus graves... Ensemble nous soupesons ce qui est en jeu. Elle est triste de l'ambiance à la maison qui l'empêche de profiter pleinement de sa joie d'avoir un deuxième bébé. Elle envisage qu'un premier contact avec un psychologue pourrait l'aider à prendre soin de son aînée, et donc d'elle-même et de toute la famille. Elle décide de demander un rendez-vous. Je la revois après le rendez-vous chez le psychologue. Elle est encore étonnée qu'en une séance sa fille ait complètement changé de comportement.

En tant qu'infirmière libérale, j'exerce ce rôle d'éducation à la santé aux différents âges de la vie :

Un œil sur le nourrisson au cours de soins de cicatrice de césarienne à sa mère lui permet de l'aider à apprécier la santé de son enfant.

Des enfants turbulents lors d'un soin de la mère suscitent un échange sur les limites à poser à un enfant.

J'interviens chez une femme âgée d'une trentaine d'années, pour un diabète gestationnel ; elle ne maitrise pas la langue française, vit dans un petit appartement au 5ème étage d'un immeuble vétuste sans chauffage et un ascenseur aléatoire ; elle est mariée, a deux enfants âgés de 4 ans et 2 ans ; elle rencontre des difficultés multiples avec son conjoint qui a maille à partir avec la police que ce soit pour des problèmes de toxicomanie ou de titre de séjour ; elle ne sait jamais s'il va rentrer à la maison, ni dans quel état. Lors des interventions, les enfants sont envahissants et sollicitent particulièrement leur maman en pleurant, en criant, en quémandant systématiquement des sucreries ou des chips, en lui donnant des coups de pieds ou coups de poing. Le mari, lorsqu'il est présent, est allongé et ne dit rien. Le soin (effectuer une glycémie capillaire et une injection d'insuline) semble être vécu comme une agression par les enfants ; ils se « mettent au milieu » en tentant de mettre les mains dans le container à aiguilles usagées et en s'accaparant le matériel. Au fil du temps, la relation de confiance étant instaurée, un jour de « débordement » particulièrement intense, « les pendules sont mises à l'heure » : je dis « non » et je n'accepte plus ces attitudes insupportables ; je prends à témoin le père qui n'intervenait absolument jamais ; je lui explique l'intérêt de donner des repères aux enfants petits à l'intérieur de la cellule familiale avant que la société s'en charge d'une manière beaucoup plus dure ; je lui dis qu'il est un repère important en tant que père et mari; les enfants restent médusés. A partir de ce moment, je suis accueillie avec bonne humeur ; les enfants restent curieux de mes gestes et propos vis-à-vis de leur mère, observent, et ne sont plus harcelants. Le père occasionnellement présent par la suite, ne semble pas changer de comportement mais il peut quand même constater que l'ambiance du soin est autre, plus légère, dans la bonne humeur ; il est possible de dire « non » à ses enfants sans les traumatiser. Deux mois avant l'évènement, nous avons aussi sollicité la PMI et le CHU pour mettre en place un accompagnement pour soulager la fatigue dont se plaignait cette femme soumise à un environnement peu propice au bien-être.

La relation établie avec un adolescent réticent ouvre des perspectives à prendre soin de lui et de ses proches de façon inespérée.

J'arrive chez un adolescent de 18 ans qui vit au domicile de ses parents ; il est absent, je suis reçue au salon avec des milliers d'excuses de la part de la mère qui ne parle pas français et me propose un thé pour me faire patienter ; je la sens inquiète car elle a peur que je parte et laisse son fils sans soin. La sœur l'appelle et je dois attendre une demi-heure avant son arrivée ! Il arrive contrarié et je lui signale que moi-même, je le suis car j'ai du l'attendre et de ce fait, j'arriverai en retard pour mes propres RDV; même si je ne comprends pas bien la langue dans laquelle il s'exprime avec sa mère, je sens une tension. Nous nous recentrons sur ses blessures liées à un accident d'adolescent en crise avec son entourage; il s'avère qu'il a peur des soins et peur des cicatrices ; je lui explique ce que je vais lui faire et il accepte les soins qui sont vécus douloureusement et avec une grande appréhension au début, puis il se détend ! Je revois ce jeune les jours suivants. Il se projette dans sa guérison malgré une cicatrisation compliquée ; la mère assiste à tous les soins, attentive et à la fois inquiète et soucieuse Au fil du temps, le patient a confiance et moi qui croyais qu'il avait peu de considération pour sa mère, nous nous mettons à parler des problèmes de santé de sa mère (HTA) et du fait qu'elle prenait environ 8 g de paracétamol/jour sans pouvoir calmer ses migraines. Je demande à la mère d'aller consulter son médecin traitant après avoir régulièrement mesuré sa TA, constaté l'HTA et lui explique que l'usage du paracétamol n'est pas anodin, qu'il s'agit bel et bien d'un médicament, qu'il est apparemment inefficace et qu'une démarche de sa part concernant sa santé serait souhaitable ; tous ces propos sont traduits par le patient. Dans cet exemple, je sou-

haite souligner combien était mal partie la rencontre et comment en prenant le temps de comprendre le contexte et en donnant également des repères, on arrive à la fois à mener à bien des soins lourds (physiquement, psychiquement) et aller vers l'observance des soins jusqu'à la guérison , à savoir un usage optimum de son bras et de son épaule, à toucher un autre problème de santé des proches et à faire en sorte que puisse finalement s'exprimer un souci mutuel mais non dit jusqu'à ces circonstances.

Par contre il semble plus facile d'orienter vers des relais extra-familiaux les questions de contraception, d'addiction, encore faut-il les connaître !

Le soin à un membre de la famille est souvent l'occasion d'une « vérification » de la tension ou de la glycémie d'un autre, ce qui peut ouvrir sur la prise en compte de ces facteurs de risque.

La confection du pilulier de la personne présentant une ou des pathologies chroniques est l'occasion d'aborder les différents temps et activités de la journée, le « faire avec » est un excellent prétexte pour tester les habiletés de la personne, sonder le moral,…mais l'âge avancé n'est pas très compatible avec le changement des habitudes ou la remise en question du tapis dangereux !

Mon seul mot d'ordre est d'être toujours attentive aux demandes exprimées ou sous-jacentes, d'établir une relation de confiance et d'orienter si besoin. Le fait de travailler en équipe permet de poser à plat les difficultés rencontrées par chacun. Je peux dire que le frein à l'éducation à la santé réside dans le manque de liaisons entre les professionnels de santé, même s'il faut aussi, je crois, réfléchir à ne pas tomber dans l'écueil du réseau enfermant les personnes.

J'insisterai sur l'importance d'adapter la transmission des connaissances des professionnels de santé aux possibilités des patients. On a tendance à considérer ces connaissances de base comme acquises, or le contexte

et le moment où elles sont transmises ne permettent pas forcément l'intégration de l'information. Il faut toujours revenir sur des acquis et réévaluer, c'est comme goûter à nouveau les mets qu'on n'aimait pas manger à certaines époques de la vie mais qu'on peut apprécier à d'autre âges ou moments !

Pour pratiquer l'éducation pour la santé, il faut tenter de se rapprocher de la perception qu'a le public de sa santé dans ses conditions de vie particulières. Il faut se méfier de ses propres représentations en tant que professionnel de santé. Je note trop souvent des jugements de professionnels de santé sur le public par méconnaissance de celui-ci.

Il y a une tendance marquée à commercialiser la santé qui devient un business utilisé par beaucoup (utilisation marketing de la santé pour vendre divers produits alimentaires ou autres) et il y a confusion entre les messages commerciaux et ceux d'éducation pour la santé. Or, le public en précarité est particulièrement sensible aux messages audiovisuels. Enfin, les connaissances des professionnels de santé eux-mêmes sur les recommandations en matière de santé seraient parfois à actualiser afin qu'ils soient garants de leur qualité.

Dans les difficultés, il faut citer les innombrables protocoles et règles, particulièrement les papiers administratifs qui contraignent et alourdissent les tâches des professionnels de santé. Ces tâches font qu'on oublie parfois les choses simples, le bon sens, ou bien la surcharge est telle qu'on élimine tout ce qu'on peut ! Le temps relationnel est restreint car empiété par le temps administratif incontournable. Comment prendre soin de soi dans ces conditions et inviter le patient à le faire ?

En tant que médecin généraliste, il y a des situations où cela est possible d'entamer le dialogue – comme la plainte d'un proche concernant des consommations d'alcool importantes, mais cela est plus difficile au détours d'une consultation quelconque chez un patient présentant par ailleurs des signes cliniques d'imprégnation alcoolique.

La demande de contraception est une bonne occasion d'aborder les prises de risque sexuelles, difficiles à aborder dans d'autres circonstances – sauf infection sexuellement transmissible symptomatique.

Le certificat médical d'aptitude au sport est un moment propice pour aborder l'hygiène de vie en général, une remise de résultat sanguin perturbé (cholestérol, glycémie...) aussi.

Il me semble que la place de l'éducation à la sante pour le médecin généraliste évolue dans le temps. Il faut que la relation médecin/patient et le climat de confiance res-

pectifs soient bien installés pour ne pas engendrer de réactions de rejet.

Un patient, que je connais peu, me demande de faire un dépistage du VIH ; je lui demande s'il pense avoir pris des risques et lesquels, il me répond qu'il ne va pas me raconter sa vie...

Parfois au contraire je tends une perche et le patient devient intarissable, ce qui n'est pas non plus évident à gérer avec une salle d'attente pleine...

En même temps, quand l'éducation à la santé débouche sur des prises de décision (arrêt du tabac, sevrage alcoolique, respect de consignes diététiques...) on se sent très valorisée, surtout en début d'activité quand on n'est pas encore très modeste. Mais toute «rechute» fragilise la relation médecin/patient et me fait penser que ce n'est peut être pas le bon lieu pour faire cette démarche car cela risque de «compromettre» le soin ultérieur : peur du jugement, rupture de soin, etc...

En ce qui concerne le VIH, ce sujet a été souvent débattu au réseau ville hôpital avec les associations : qui est le plus à même d'aborder la «santé sexuelle» ? La conclusion est que le médecin généraliste n'est peut être pas la meilleure personne ; il connaît et traite toute la famille ; la question du secret médical n'est pas toujours une garantie pour le patient ; le médecin généraliste est mal formé pour aborder ce sujet et souvent mal à l'aise. D'ailleurs, en tant que médecin au CDAG, mes collègues et moi constatons que c'est bien plus facile d'aborder les questions de sexualité dans un lieu dédié que dans un cabinet généraliste.

Finalement, en ce qui concerne le tabac par exemple, je vais aborder la question, demander si le patient a déjà arrêté de fumer, s'il a envie de réessayer, insister sur les bénéfices de l'arrêt, avoir de l'empathie concernant ses difficultés, mais je préfère l'adresser à un tiers tabacologue. C'est cela pour moi le rôle de coordonnateur des soins, et non plus le rôle du médecin généraliste qui veut tout faire et qui fait tout un peu... un peu mal... Cela rejoint les ateliers d'éducation thérapeutique pour le diabète où, là encore, il y a l'intérêt d'un lieu dédié.

Le médecin généraliste est à mon sens là pour dépister un état où l'éducation à la santé est peut être nécessaire, pour sensibiliser le patient et le motiver au changement puis orienter vers ceux qui savent faire.

Pour les patients qui ne sont pas prêts à une démarche active, le médecin peut avoir un rôle de conseil minimal en attendant. Par contre il est important qu'il ait le même discours que les autres intervenants.

Des pratiques diverses. Qu'y a t-il de commun dans ces témoignages? Des conditions pour la pratique de l'éducation pour la santé en libéral ?

Quelle que soit la profession, le rôle d'éducation pour la santé pourrait se traduire en verbes : observer, écouter, évaluer, adapter, proposer, soutenir, orienter… et en dosage : beaucoup d'empathie, de bienveillance, un peu d'information, parfois de l'orientation, toujours du soutien, jamais de jugement.

Les conditions pour que l'éducation pour la santé soit une composante de la relation de soins seraient :

• Le « goût de l'autre », l'intérêt pour sa santé et non uniquement pour sa pathologie, la confiance dans la capacité de la personne à prendre soin d'elle associée à des compétences professionnelles.

• Un professionnel à l'écoute, qui aide des personnes à écouter leur propre corps, leurs émotions et à se projeter positivement dans un futur plus ou moins proche en saisissant les perches tendues, jamais imposées.

• La nécessité de temps, autant dans la durée impartie à la rencontre que le temps indispensable à la maturation de la réflexion, à la maturation de la confiance et aussi pour (parfois) mettre en relation avec d'autres professionnels. La notion de temps en exercice libéral est capitale.

• Le renoncement à l'idéal de résultat obligatoire, avec intégration de la donnée que l'étape ''élaboration mentale différente du problème'' vaut tout autant que le résultat.

• L'aide à prendre un peu de distance par rapport à une situation qui peut sembler bloquée. C'est pour cela que le professionnel à la fois lui-même distant et empathique peut jouer ce rôle.

• La motivation est toute aussi importante que le temps et elle peut s'émousser, rappelons que le burn-out atteint presque la moitié des médecins libéraux (les causes identifiées étant la journée à rallonge, chaotique, les problèmes

d'ordre administratifs, les consultants exigeants, insatisfaits…). Le burn-out touche particulièrement ceux pour qui la relation médecin malade est la source de motivation, quand cette relation devient difficile.

• Ne pas exercer dans un cadre trop contraint. Or des ''protocoles'' rigides sont de plus en plus contraignants. Un cadre référentiel indispensable (qui amène la connaissance, la sécurité au professionnel) doit permettre un espace de liberté pour que l'adaptation soit toujours possible.

• Oser sortir du cadre strict du soin. Les exemples ont bien montré l'attention portée aux proches, aux divers aspects de la vie des patients. Les demandes d'éducation pour la santé sont rarement exprimées mais de nombreuses demandes sous-jacentes mériteraient d'être explorées.

• Les liens avec les autres acteurs du soin sont essentiels. L'inscription dans un réseau facilite la prise en charge globale et concertée. Les rencontres visuelles à travers les occasions de réunions organisées par les réseaux permettent de se contacter plus facilement dans l'intérêt des patients.

• La cohérence entre les professionnels de santé. Si l'un d'entre eux exprime son scepticisme sur l'intérêt de l'arrêt du tabac, de la pratique d'activité physique, de la valeur des fruits et légumes, de la gestion du stress, ceux-ci seront vite dénigrés par les personnes elles-mêmes.

Mais quelle reconnaissance ?

Comment actuellement évalue-t-on cela ? Ce n'est pas dans la culture médicale. Les actes sont reconnus, facilement codifiables. Le temps, la parole, c'est autre chose, on est dans l'immatériel, un travail dans lequel l'être doit être autant reconnu que le faire.

Le professionnel de santé exerçant en libéral peut se sentir bien seul alors qu'un réseau de soutien est nécessaire pour trouver et maintenir les attitudes, comportements et aides qui seront favorables à la santé de chacun. Il est donc essentiel qu'il y ait une connaissance et reconnaissance du rôle éducatif de chacun pour que celui-ci s'exerce. L'exercice libéral n'est pas toujours propice à l'établissement et au maintien de ces liens. Cela concerne la PMI, le pharmacien, le service hospitalier où le patient a été hospitalisé, le réseau spécialisé de prise en charge de pathologies mais aussi l'éducateur, l'assistant social, les acteurs associatifs…

Ceci amène à deux propositions :

Faciliter les articulations entre différents intervenants complémentaires en éducation pour la santé par des temps de rencontre reconnus dans la nomenclature.

Confier à des libéraux qui ont une expérience dans ce domaine la formation de leurs pairs en éducation pour la santé. L'analyse des pratiques permet de voir comment saisir des occasions concrètes et développer des compétences telles que l'écoute, la conduite d'entretien motivationnel…

Pour ne pas conclure

Les pratiques reflètent à la fois la formation et les aptitudes des praticiens. Faut-il revoir les critères de sélection des professionnels de santé, comme leur formation ou les conditions d'exercice ? Les professionnels s'exprimant ci-dessus sont-ils représentatifs de leurs confrères/consœurs ? On peut faire l'hypothèse que la formation continue en promotion de la santé ou en éducation thérapeutique ainsi que l'engagement dans un réseau de pathologie chronique (VIH) ou de population (réseau périnatal formel) ou de territoire (réseau Pailladin, réseau autour des maternités, réseaux informels) font de ces auteurs des professionnels particulièrement sensibilisés à l'éducation pour la santé.

Le constat est que l'éducation à la santé passe par des liens de confiance construits avec les patients et leur entourage proche, mais qu'il est aujourd'hui difficile d'évaluer l'impact de telles pratiques, en particulier par manque de liens entre les professionnels de santé en exercice libéral. La perche est tendue aux patients mais aussi à notre système de santé pour qu'une réelle complémentarité entre acteurs de cette éducation pour la santé se consolide.

Catherine Corbeau,
médecin de santé publique

Michelle Fassier,
infirmière libérale

Agnès Mazuir,
sage femme libérale

Fabienne Parada Bonté,
médecin généraliste

Références bibliographiques
EPS et médecin généraliste ou infirmier

BLUZAT Cécile, KERSAUDY-RAHIB Delphine, NUGIER Angélique, Santé sexuelle. A quels professionnels s'adresser ? Dossier, La Santé en action, n° 423, 2013-03, pp. 10-49
Lien Internet : http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-423.pdf

Alcool, drogues. Quelle conduite tenir face à une consommation de substances psycho-actives ? Aide à la pratique, IPPSA, RESPADD, 2012-06, 8 p.

ANGER Elise, GIMBERT Virginie, REYNAUDI Mathilde (et al.), Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1) Les coopérations entre professionnels de santé, Note d'analyse - Questions sociales, n° 254, 2011-12, 12 p.
Lien Internet : http://www.strategie.gouv.fr/system/files/2011-12-5-cooperations-professionnels-v1-na254.pdf

GAUTIER Arnaud, FOURNIER Cécile, BECK François, Opinions et pratiques préventives des médecins généralistes en France, Santé de l'homme, n° 414, 2011-07, pp. 4-6
Lien Internet : http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf Accéder au document par la BDSP : http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/447399/

WALGER Olivier, Similitudes, différences, complémentarités entre médecins et infirmières en interaction avec le patient dans le cadre de programmes en éducation du patient diabétique : une revue de la littérature, Education thérapeutique du patient - Therapeutic patient education, vol. 3 n° 1, 2011-06, pp. 45-55

BOURDILLON Pierre, MOSNIER Anne, GODARD Jean, Des missions de santé publique pour les médecins généralistes, Santé publique, vol. 20 n° 5, 2008-09, pp. 489-500

FOUCAUD Jérôme, MOQUET Marie-José, ROSTAN Florence, Etat des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France. Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé, Evolutions, n° 10, 2008-03, 6 p.
Lien Internet : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1091.pdf

BOUCHAYER Françoise, Les pratiques et les attitudes à l'égard des personnes âgées des professionnels de santé exerçant en libéral. Médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes. Approche sociologique de la fonction soignante de proximité, SHADYC, 2008, 125 p.

AULAGNIER Marielle, VIDEAU Y., COMBES J.B., Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pratiques et organisation des soins, vol. 38 n° 4, 2007-10, pp. 259-268
Lien Internet : http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/la-revue-pratiques-et-organisation-des-soins/

KARRER Maryse , VINCENT Isabelle, Médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? Dossier Santé de l'homme, n° 376, 2005-05-20, pp. 7-45
Lien Internet : http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-376.pdf

Des actions de promotion de la santé dès la petite enfance, oui c'est possible !

Focus sur « Quelle approche privilégier concernant l'alimentation avec des tout-petits ? »

De manière générale, dans les représentations des professionnels des secteurs du social, de l'enseignement, de l'animation et du sanitaire, l'éducation pour la santé est souvent mise en corrélation avec le niveau d'apprentissage des enfants. Il est communément partagé que l'éducation pour la santé fait plutôt son entrée en école primaire, et, qu'avant 6 ans, les capacités d'apprentissage des enfants ne leur permettent pas d'acquérir des savoirs afin de développer des comportements favorables à leur santé. En témoignent les innombrables outils pédagogiques pour les enfants de cycle 2, les outils pédagogiques pour cycle 1 ou pour enfants de crèches sont, quant à eux, beaucoup moins nombreux.

Des actions d'éducation pour la santé en direction des tout-petits sont observées dans certains accueils PMI ou crèches, mais ces dernières font peu l'objet d'écrits et de partage ce qui ne favorise donc pas l'évolution des pratiques professionnelles à grande échelle.

Les professionnels doivent développer l'échange autour de cette évolution du concept de l'éducation pour la santé, qui était jusqu'à présent plutôt centrée sur une vision hygiéniste, et s'ouvrir vers un élargissement des pratiques basé sur une approche systémique, relevant de la promotion de la santé.

Nous proposons donc de revenir sur les fondements de promotion de la santé et de ses applications possibles dans le milieu de la petite enfance, pour ensuite, s'appuyer sur un champ concret d'application à travers le développement d'actions sur l'alimentation, un des déterminants de la santé.

Deux maîtres mots des actions de promotion de la santé : Systémie et transversalité

Nous savons aujourd'hui que, pour être efficaces, les actions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé doivent prendre en compte un certain nombre de principes et intervenir à plusieurs niveaux (cf Charte d'Ottawa [1]). Pour mieux appréhender cette approche, une équipe de chercheurs suisses propose une illustration de la santé comme un phénomène complexe, influencé par des déterminants majeurs, qui eux-mêmes sont conditionnés par des facteurs multiples [2] .

D'après ces auteurs, les interventions en promotion de la santé doivent donc prendre en compte, les comportements individuels, l'environnement social dans lequel ces comportements s'inscrivent, le cadre réglementaire et la qualité du dispositif de prévention et de soins…. De ce fait, dès la petite enfance, «*...la santé physique, mentale et sociale résulte des échanges de l'enfant avec son milieu de vie physique et social. Elle est plus qu'un résultat puisqu'elle participe à la dynamique du processus en tant que ressource. Cette conception dynamique et systémique justifie d'agir sur les déterminants de santé en considérant à la fois les personnes, leurs milieux de vie proches ainsi que toutes les influences contextuelles (sociales, économiques, culturelles, etc.). Le développement sain d'un enfant est l'affaire d'une multiplicité de collaborateurs (la famille, les différents acteurs de la communauté, le gouvernement, la société tout entière), qui ont chacun une responsabilité à un niveau particulier du système dans lequel l'enfant grandit .*[3]»

1 http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf

2 Promotion Santé Suisse, Guide pour la catégorisation des résultats, Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention, Berne, juillet 2005, 2ème version revue et corrigée Adaptée pour la France par l'INPES – janvier 2010 http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/guide-fr.pdf

3 Didier Jourdan, Education à la santé : quelles formations pour les enseignants ? Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 160 phttp://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1272.pdf

Quelques soient l'âge ou le milieu de vie, la promotion de la santé est possible mais elle dépend de comment cette dernière est réfléchie et agie par les multiples acteurs qui peuvent y prendre part. « *Dans le cadre de son activité professionnelle habituelle, seul ou en équipe, l'intervenant en éducation pour la santé mobilise des ressources pluridisciplinaires et met en place des actions ou des projets éducatifs pour aider des personnes ou des groupes à prendre conscience des postures ou des attitudes favorables à leur santé, ainsi qu'à s'approprier des techniques et des démarches en vue d'agir sur leur mode de vie et leur environnement .*[4] »

Pour permettre aux pratiques d'évoluer, il semble important de travailler sur la place et la posture de chaque acteur afin de favoriser un contexte de partage et d'échanges et d'insister sur la formation des professionnels à l'approche de la promotion de la santé afin que plus de programmes en direction de la petite enfance soient développés.

Les compétences des enfants mises en avant

Avant 3 ans, les différents apprentissages de la vie de l'enfant reposent sur les interactions entre l'être psychologique et social, qui est en devenir, et son environnement direct. L'adulte qui entoure l'enfant a une place de « *médiateur* ». « *Il aura à être pour l'enfant l'intermédiaire entre sa quête individuelle et son inscription dans le monde qui l'entoure. Il fera l'articulation entre "l'être soi" et "l'être ensemble* [5] ». C'est donc à partir de ce processus que « l'empowerment » de l'individu, c'est-à-dire sa capacité à afficher des choix autonomes et responsables, est possible. Il permet donc de renforcer l'estime de soi. Le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action sont favorisés. « *Même des personnes avec peu de capacités ou en situation de précarité sont considérées comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés.* [6]»

Ainsi, le rôle du professionnel est décrit par les différents auteurs et il est relié de manière forte à l'apprentissage des valeurs de liberté et de responsabilité. «*...il s'agit de donner aux citoyens les moyens de décider par eux-mêmes et ainsi de ne pas laisser aux médias, aux marchands, aux gourous ou aux experts le soin de le faire à leur place* [7]».

Les bases d'une action de promotion de la santé étant posées, les pistes concrètes d'applications sur le terrain en direction de la tranche d'âge qui nous intéresse doivent être à présent questionnées : comment travailler cet « empowerment » de l'enfant en tant que professionnels? Quelles sont les approches à privilégier dans les actions informatives et éducatives ? Nous allons illustrer nos propos en s'appuyant sur un exemple concret d'approche à travers le prisme de l'alimentation.

Le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action sont favorisés.

Baser les actions sur les ressentis des enfants….

Travailler sur les notions de plaisir, de découvertes, de jeux sont autant d'éléments qui permettent à l'enfant de réaliser ses propres choix. Vivre, ressentir, verbaliser des sensations sont donc des situations qui sont à prendre en compte à travers des ateliers d'éveil des sens.

4 http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1427.pdf
Référentiel de compétences en éducation pour la santé
Version synthétique septembre 2012
Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé

5 Pr Jean-Pierre Pourtois, Pr Huguette Desmet « La norme et l'enfant », in La Santé de l'Homme, INPES, Dossier « Petite enfance et promotion de la santé », N°400, INPES, mars-avril 2009.

6 In BDSP Glossaire européen de santé publique http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Scripts/Show.bs?bqRef=128

7 D. JOURDAN, Education à la santé : Quelles formations pour les enseignants ? La santé en actions, Dossier INPES, 2010 : 160 phttp://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1272.pdf

« *Le plaisir ne conduit pas forcément à l'excès, il est conciliable avec la santé […]. Il faut quitter la simple perspective d'une information, d'une recommandation, d'une obligation (?) nutritionnelle qui "déconstruisent" le repas, le met, l'aliment et "éduquent" les jeunes mangeurs et les autres à la suspicion, accentuent la dimension réflexive de notre modernité, déclenchent une distanciation préalable à toute découverte des nourritures. Nous devons revaloriser le plaisir, l'inscrire dans une éducation alimentaire qui réhabilite l'aliment […], qui favorise la verbalisation d'un goût jubilatoire qui participe à la régulation de nos pratiques : "au-dessus de l'équilibre, il y a l'harmonie", écrivait Victor Hugo* [8]».
Cette notion de plaisir a d'ailleurs été largement investie par les industries agro-alimentaires bien avant les actions de prévention qui, quant à elles, sont restées trop centrées sur les informations liées à la prévention des maladies et aux messages intrusifs et culpabilisants.

« Le rajout d'une dimension ludique à l'alimentation serait l'expression la plus aboutie de l'intérêt bien compris des industriels de faire de l'enfant le décideur de ses propres pratiques alimentaires, de son "empowerment" comme consommateur individuel [9]»

….. pour que ces derniers découvrent par eux-mêmes

L'importance de permettre à l'enfant de connaître et de comprendre son fonctionnement physiologique en étant attentif à ses besoins sont des concepts qui sont de plus en plus développés par les auteurs et qui participent aussi au processus d'empowerment.
Il est donc important d'aider l'enfant à reconnaître et lui permettre de respecter les signaux de faim et de satiété que lui envoie son corps.
Dès la naissance, le bébé a l'aptitude innée de reconnaître ses signaux de faim et de satiété. L'enfant conserve ce précieux réflexe si on lui permet de le faire, c'est-à-dire si on évite les pressions et les restrictions à manger. Trop souvent, les inquiétudes de l'adulte perturbent la relation à la nourriture des enfants et on oublie qu'un bébé ajuste naturellement la quantité de lait qu'il boit en fonction de la concentration calorique, ou que plus tard, l'enfant mange en fonction de son appétit qui peut varier d'un jour et l'autre ou même sur les repas d'une journée.
Avant l'âge de 3 ans, un enfant régule assez bien la quantité d'aliments qu'il doit manger. Vers 4-6 ans, il devient plus sujet à se laisser influencer par des facteurs externes comme les pressions de l'entourage et la taille des portions ; un enfant mange jusqu'à 30% de plus lorsque des grosses portions lui sont servies.

« Manger en fonction de ses besoins, ni plus, ni moins, est essentiel pour assurer à l'enfant une croissance et un développement optimaux. C'est aussi un déterminant important de sa santé (physique et psychologique) et ça l'aide à conserver un poids adéquat tout au long de sa vie [10]».

En conclusion, en tant qu'adulte, il est donc essentiel d'accompagner l'enfant dans ses phases de découverte à connaître son propre fonctionnement physiologique, à développer du vocabulaire à partir de ses ressentis pour échanger avec d'autres. Tout l'enjeu d'une action de promotion de la santé dans les structures petite enfance, est bien centré sur la posture de l'adulte qui doit limiter ses propres comportements ou attitudes qui peuvent influencer la relation de l'enfant au monde qui l'entoure et face à lui même.

un enfant mange jusqu'à 30% de plus lorsque des grosses portions lui sont servies.

Karine BRIOT,
CODES 66
Membre du Pôle

8 Nicolas Belorgey, « Sociologie de l'alimentation : les cinq portes de l'entrée par les familles », Sociologies [En ligne], Premiers textes, mis en ligne le 06 juillet 2011, consulté le 25 septembre 2012. URL : http://sociologies.revues.org/3514
9 Ibid
10 http://www.nospetitsmangeurs.org/article/comportements-alimentaires

Grossesse et alcool :

Faire tomber les idées reçues

I. Les idées reçues

En 2006, les résultats d'une enquête menée en 2004 par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) soulignent la méconnaissance des risques pendant la grossesse liés à la consommation d'alcool pour le bébé. Si les troubles physiques pour l'enfant, liés à l'exposition prénatale à l'alcool (EPA) sont mieux connus, les troubles du comportement et les déficits intellectuels sont méconnus. Ces consommations d'alcool touchent les futures mamans de tous milieux sociaux [1], il n'y a pas de milieu protégé.

Cette étude sur « Connaissances des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse » laissait apparaître que si 82 % des Français connaissaient la recommandation de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse, près de la moitié des répondants (48 %), pensaient que vin et bière sont moins dangereux que les alcools « forts » pour une femme enceinte. Pourtant, la quantité d'alcool est la même dans un demi de bière, une coupe de champagne, un ballon de vin, un verre de pastis…

Il y a la même quantité d'alcool dans
un demi de bière, une coupe de champagne,
un ballon de vin, un verre de pastis...
Pour rester en bonne santé, diminuez votre consommation.

L'enquête révèle que 60 % de cet échantillon pensent qu'une consommation occasionnelle ne présente pas de risque pour le bébé à naître et seulement 25 % savent que les risques pour le fœtus commencent dès le premier verre d'alcool consommé par la maman.

II. En 2007, les idées reçues évoluent

Trois ans après, en 2007, une nouvelle enquête INPES [2] montre que les idées reçues évoluent.
« *Les enquêtés devaient se prononcer sur différentes idées concernant les comportements à adopter pendant la grossesse. En 2007, ils sont 86,9 % à estimer juste l'idée selon laquelle il ne faut pas boire du tout d'alcool pendant la grossesse. Cette proportion est significativement plus élevée que celle observée en 2004 (81,5 %, p<0,001). En revanche, les personnes estimant qu'il est conseillé de consommer un peu de vin pendant la grossesse, ou de bière pendant l'allaitement, bien que minoritaires, ne sont pas significativement moins nombreuses en 2007 qu'en 2004.*

Les enquêtés étaient également interrogés sur la quantité d'alcool qui, d'après eux, peut être consommée par une femme enceinte sans risque pour son bébé. À nouveau, en 2007, la proportion de personnes qui, spontanément, adoptent une position prudente (« il n'y a pas de consommation sans risque») est en nette augmentation par rapport à 2004 (31,8 % vs. 21,2 % en 2004, p<0,001). Les personnes citant une consommation mensuelle ou hebdomadaire sont un peu moins nombreuses (11,4 % en 2007 vs. 15,3 % en 2004, p<0,05) et la réponse «un verre pour les grandes occasions» est également moins citée (36,4 % vs. 47,5 %, p<0,001) ».

III. Quels impacts

Avant d´aborder l´Ensemble des Troubles Causés par l´Alcoolisation Fœtale (ETCAF), il faut savoir que l'alcool est la première

1 Alcool et grossesse : comment en parler- Actualisation des connaissances-Repères pour la pratique professionnelle pour : une démarche d'information auprès de toutes les femmes, un accompagnement des femmes enceintes présentant des conduites d'alcoolisation à risques- P 6– Fascicule ANPAA 59

2 http://www.inpes.sante.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/1117.pdf

cause de retard mental évitable en France et qu'on estime à l'heure actuelle qu'un nouveau-né sur 100 est atteint [3]. Il faut aussi rappeler que c'est en présence d´une consommation excessive d´alcool avérée par la mère au cours de sa grossesse, que le diagnostic du Syndrome d´Alcoolisation Fœtale (SAF) peut se poser. En France, les formes sévères d'atteintes fœtales représenteraient de 400 à 2400 enfants soit 0,5 à 3/1000 naissances vivantes. Un constat reste alarmant, 3,9 % des accouchées déclarent avoir consommé au moins un verre d'alcool par jour pendant toute leur grossesse (Enquête INSERM 1998). L'enquête périnatale en Languedoc-Roussillon (1998-1999) révélait que 18% des femmes ayant accouché, déclaraient avoir consommé un verre ou plus par jour au 3ème trimestre de leur grossesse [4]. Le coût financier de ces conduites d'alcoolisation qui mettent en jeu la santé et le potentiel de développement des bébés à naître n'est pas totalement évalué. Cependant, en 2006, le coût de la prise en charge d'un enfant présentant une atteinte grave (SAF) était chiffré entre 0,5 et 6 millions d'euros [5].

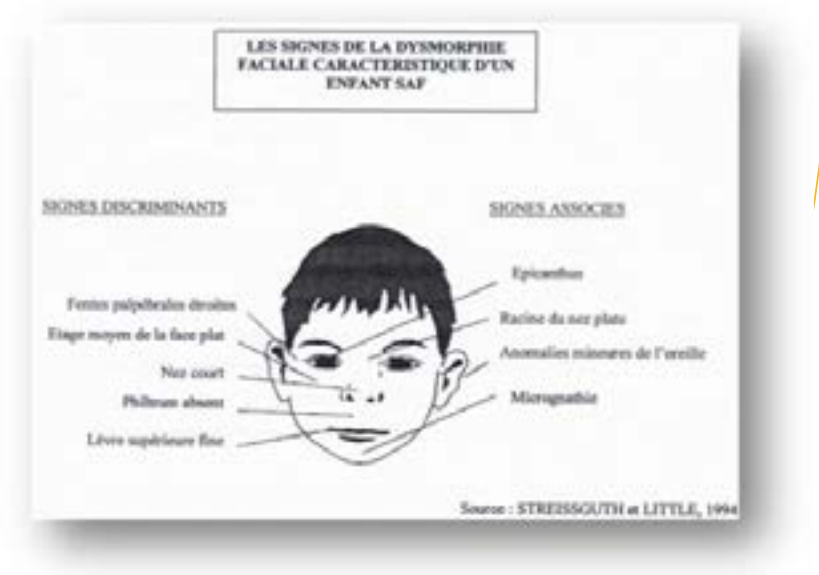
IV. Consommation d'alcool : qu'en est-il pour la future maman ?

Le seuil au-dessous duquel la consommation d'alcool chez la femme enceinte n'a pas de conséquences sur la santé du fœtus n'est pas connu. La prise d'alcool qu'elle soit sous la forme d'une consommation quotidienne, même très faible, ou sous forme d'ivresses épisodiques, peut entraîner des complications pendant la grossesse comme un accouchement prématuré et provoquer des troubles graves chez l'enfant à naître. L'alcool passe du sang maternel vers le sang de l'embryon ou du fœtus, au travers du placenta et ce, sans que celui-ci ne joue le rôle de "filtre". Les concentrations d'alcool chez le fœtus sont donc très proches des concentrations de celles dans le sang maternel. Il y a rapidement autant d'alcool dans le sang du bébé que dans celui de la maman, voire même davantage compte tenu du poids du fœtus et du fait que son foie n'est pas assez fonctionnel pour éliminer l'alcool correctement.

V. Quels risques pour le bébé ?

L'alcool a une action toxique directe sur les cellules nerveuses du cerveau du bébé en plein développement. Même si on sait que tous les fœtus ne sont pas égaux face à une même consommation d'alcool, tous les organes du fœtus sont susceptibles de voir leur développement perturbé par l'alcool qui passe la barrière placentaire. L'alcool ou plus précisément l'éthanol que l'on retrouve dans toutes les boissons alcoolisés, agit notamment de façon très néfaste sur le système nerveux et le cerveau du bébé qui peut accuser un retard de croissance mais aussi des troubles des fonctions cognitives.

Les effets de l'exposition prénatale du cerveau à l'alcool sont multiples et forment un continuum depuis le syndrome d'exposition fœtale à l'alcool qui se présente sous forme de troubles comportementaux, de troubles cognitifs, de l'apprentissage, de l'attention dont les signes apparaissent plus ou moins tôt lors de son développement jusqu'au syndrome d'alcoolisation fœtale qui en est la manifestation la plus grave.
Certains diagnostics sont rendus cependant difficiles, en particulier lorsque manque l'information de la consommation d'alcool par la maman, comme par exemple, dans le cas d'enfants adoptés ou simplement parce que la prise d'alcool est minimisée, banalisée ou carrément oubliée.



3 Journée mondiale de prévention de l'ETCAF – 9 septembre 2011
4 Réseau Naitre en Languedoc Roussillon – Référentiel 2009 - Groupe régional « périnatalité et addictions »
5 Therby et al.-Le Concours Médical-2006 ; 814-817

A. Le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) constitue l'atteinte la plus grave à l'exposition prénatale à l'alcool

Le SAF est la conséquence d'une consommation excessive avérée d'alcool qu'elle soit chronique ou aiguë, par la future maman. Le syndrome d'alcoolisme fœtal, décrit pour la première fois par le pédiatre nantais en 1968, Paul Lemoine [6], se manifeste notamment par des anomalies signées par un retard de croissance pré et/ou postnatal au niveau du poids, de la taille et du périmètre crânien.

• On note une dysmorphie dont plusieurs signes sont caractéristiques:

•des fentes palpébrales (oculaires) étroites qui sont la conséquence d´une réduction fréquente du volume des yeux, d´une insuffisance musculaire de la paupière supérieure et d´une taille réduite, conséquence de l´insuffisance du volume crânien.

•La racine du nez est écrasée ; le nez est court et retroussé. Cette réduction du volume nasal accentue les difficultés respiratoires lors d´excès de mucus nasal (rhinites à répétition, infections au niveau de l´oreille moyenne avec otites fréquentes pouvant conduire à une surdité),

•un sillon entre la lèvre supérieure et le nez (« philtrum ») lisse et bombé,

•une lèvre supérieure fine,

•un menton petit et en retrait.

La dysmorphie faciale est très visible autour de l´âge de 1 an, persiste au cours de l´enfance, pour s´atténuer à l´adolescence.

• On note aussi une malformation de la boîte crânienne et de l'encéphale avec

•une atteinte du système nerveux central avec présence d'anomalies cérébrales...

•des dommages du système nerveux central susceptibles d'entraîner des déficits fonctionnels tels que le retard mental.

• On constate aussi un ensemble de problèmes comportementaux et cognitifs tels qu'un retard du développement, des déficits intellectuels et des troubles de l'apprentissage, une hyperactivité, des troubles de l'attention et/ou de la mémoire, de raisonnement, de jugement, une incapacité à contrôler sa colère, des difficultés à résoudre des problèmes...

B. Ces enfants à l'âge adulte

En 2006 [7], le Dr Danel et son équipe se sont intéressés au devenir à l´âge adulte de ces enfants. L'étude avait pour objectif de mettre en évidence le phénotype psychocomportemental des individus adultes alcoolodépendants ayant été exposés à l'alcool in utero pour mettre en place des prises en charge spécifiques. L'analyse est basée sur un entretien clinique semi-dirigé avec le questionnaire de Tarter [8] et le MINI (Mini international neuropsychiatric interview [9]). D'après

Source : Service de néonatalogie, Hôpital du Havre

l'étude, certaines caractéristiques se dégagent : un début précoce des conduites d'alcoolisation, une dépendance rapide et sévère, une instabilité tant sur le plan émotionnel que professionnel, des conduites antisociales et une comorbidité psychiatrique accrue. Le rôle du repérage, de la prise en charge précoce des enfants, du soutien et de l'accompagnement des familles qui améliorent considérablement le pronostic et le devenir de ces enfants, constituent des mesures de prévention à ne pas négliger. En effet, il est important de retenir que « décrits en premier chez le nouveau-né comme un syndrome, les dommages causés par l'alcoolisation in utero,…..vont concerner la vie entière d'un individu » [10] et que les adultes porteurs du SAF ou d´ET-

6 Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées. À propos de 127 cas. P. LEMOINE, H. HAROUSSEAU, JP. BORTEYRU, JC. MENUET. Ouest médical, 25 mars 1968; 476-482

7 Phénotype psychocomportemental d'alcoolodépendants exposés à l'alcool in utéro / MEZERETTE C. ; KARILA L. ; FOUILHOUX N. ; PARQUET P. J. ; GOUDEMAND M. ; DANEL T.in Alcoologie et Addictologie, 28 (3),(2006)

8 A factor-analytic study of Tarter's «hyperactivity-MBD» questionnaire.: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3739815

9 The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9881538

10 Alcool et troubles mentaux: De la compréhension à la prise en charge du diagnostic / p 111 - Amine Benyamina, Michel Reynaud, Henri-Jean Aubin, Ed Elsevier Masson
Expertise collective « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent » E Collective - 2005 - http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000267/0000.pdf

CAF, peuvent se retrouver parfois totalement exclus de cette société qui ne les comprend pas et qu´ils ne comprennent pas.

VI. Conclusion

Dans l'arsenal des mesures de prévention, il en est une simple mais souvent difficile à mettre en pratique, qui est d'en parler et de préconiser, pour la future maman de s'abstenir de consommer toute boisson alcoolisée avant la grossesse si cela est possible ou sinon dès que la gestation est connue de la future maman, en tout cas de s'abstenir ensuite tout au long de la grossesse. Orienter la future maman vers les professionnels ou les organismes qui pourront l'aider dans cette démarche est une priorité car le repérage précoce de la consommation d'alcool pendant la grossesse est un véritable enjeu pour le bébé à naître. Pour les personnes dépendantes, l'accompagnement permet de bénéficier d'un traitement adapté afin d'éviter les complications graves liées à l'arrêt brutal de la consommation.
On peut retenir que si l'exposition prénatale à l'alcool, quelque soit la dose, peut perturber le développement du cerveau de l'enfant à naître, le risque est en relation avec la fréquence, l'importance, c'est-à-dire le nombre de verres et l'âge du fœtus et que pour l'enfant, les effets peuvent se ressentir sur le long terme.
Boire, même peu, pendant la grossesse, a des conséquences sur le bébé. Il est important de faire passer le message qu'à tout moment de la grossesse l'arrêt de l'alcool est bénéfique pour le bébé et pour la maman. Cela justifie la nécessité de mettre en place des actions de prévention sur ce thème, passant par l'information des populations et des professionnels qui ne se sentent pas toujours concernés. Ces actions représentent et s'inscrivent dans le cadre de véritables actions d'éducation à la santé et de santé publique.

« La recommandation de l'abstinence est mal comprise par les femmes, qui connaissent peu les conséquences de la consommation d'alcool sur l'enfant à naître. Enfin, les sources d'informations de ces femmes concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse sont diverses, mais leur propre mère demeure la source qu'elles estiment la plus digne de confiance. » [11]

Catherine Cecchi
Perinat-France,
Membre du Pôle

Sources internet

Site OFDT : http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=14002,
Site INPES : http://www.inpes.sante.fr/default.asp,
Site Ortho-saf : http://www.ortho-saf.com/tableau-clinique-saf-etcaf.php,
Site MILDT : http://www.drogues.gouv.fr/,
ANPAA : http://www.sanitaire-social.com/fiche/anpaa-34-csapa-centre-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-specialise-en-alcoologie/montpellier/34-7820,
http://wwwalcoolassistance.net/2-95-Alcool-et-grossesse.php

11 Numéro thématique - Femmes et addictions http://www.invs.sante.fr/beh/2009/10_11/beh_10_11_2009.pdf - Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France - Stéphanie Toutain Université Paris Descartes, Cesames, Centre de recherches « Psychotropes, santé mentale, société » (CNRS UMR8136, Inserm U611), Paris, France (stephanie.toutain@parisdescartes.fr)

Dossier complet sur Perinat-France.org
Site officiel de la périnatalité et de la petite enfance

La grossesse:

une bonne période pour adopter un mode vie plus sain ?

Depuis une décennie, l'activité physique régulière et l'exercice pendant la grossesse sont fortement recommandés dans la littérature, en raison des bénéfices potentiels pour la santé materno-fœtale [1]. Au contraire, l'inactivité physique, est associée à des effets néfastes pour la santé et notamment l'obésité [2]. Puisque la grossesse est un moment où il y a un risque accru de développer une obésité, l'adoption d'un mode de vie sain, impliquant la modification des habitudes liées à l'activité physique, a été hautement recommandée pour la population générale.

Activité physique et exercice : deux pratiques à différencier

Pour commencer, il est nécessaire de bien distinguer l'activité physique en général et les différentes dimensions incluant l'exercise. Carpensen et al. [3] ont proposé des définitions reconnues par la communauté scientifique. Ainsi, l'activité physique correspond à tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une dépense d'énergie. Les différentes dimensions sont regroupées en cinq domaines appelés SLOTH [4] , qui inclut le temps passé au sommeil, loisirs, travail, tâches ménagères et transport. Dans le cadre des activités de loisirs, l'exercice est une activité physique planifiée, structurée et répétitive, dont le but est l'amélioration ou le maintien de la condition physique. Des études récentes ont souligné que la sédentarité, qui correspond à une durée excessive passée assis ou à pratiquer des activités telles que regarder la TV ou jouer à l'ordinateur, est un comportement qui peut nuire à la santé indépendamment de l'activité physique durant les loisirs [5] .

Le Center for Disease Control and Prevention des Etats-Unis et l'American College of Sports Medicine (ACSM) recommande cette différenciation qui est très importante pour le maintien de la santé et la promotion de l'activité physique dans la population. Selon ces recommandations, les adultes en bonne santé devraient pratiquer de façon régulière au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée sur au

moins cinq jours par semaine ou 20 minutes par jour d'activité physique intense pendant au moins trois jours de la semaine [6] et ne pas rester assis (devant la TV, sur l´ordinateur) plus de 2 heures par jour [7]. Pendant la grossesse, la recommandation est similaire à celle de la population générale [8], sauf dans des situations médicales à risque (maladies, grossesse pathologiques, etc.). Pour la femme enceinte il y a tout de même quelques contre-indications pour certaines positions, comme par exemple le fait de rester debout plusieurs heures [9] .

1 ACOG Comitte Opinion. Exercise during Pregnancy and Postpartum Period. Obstet Gynecol. 2002; 99: 171-3.
DAVIES, GAL et al. Joint SOGC/ CSEP Clinical Practice Guideline: Exercise in Pregnancy and Postpartum Period. Can J Appl Physiol. 2003; 28(3): 329-41.
2 TAKITO, MY; BENICIO, MHD'A.; NERI, LCL. Atividade física de gestantes e desfechos ao recém-nascido: revisão sistemática. Rev Saúde Pública. 2009; 43(6):1059-69.
3 CARPENSEN, CJ; POWELL, KE; CHRISTENSON, GM. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness Definitions and Distinctions for Health-Related Research. Public Health Reports, Rockville. 1985; 100(2): 126-31.
4 Sleep, lazer, ocupational, transport and homework
5 PATE RR, O'NEILL JR, LOBELO F: The evolving definition of «sedentary». Exerc Sport Sci Rev 2008, 36:173–8.
6 HASKELL, WL et al. Physical Activity and Public Health: an update recommendation for adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation.2007; 116:1081-93.
7 OWEN, N et al. Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. Exerc Sport Sci Rev, 2010; 38(3):105Y-13.
8 ACOG Comitte Opinion. Exercise during Pregnancy and Postpartum Period. Obstet Gynecol. 2002; 99: 171-3.
9 TAKITO, MY. et al. Postura materna durante a gestação: influência sobre o peso ao nascer. Revista de Saúde Pública, 2005;39(3):325-32.

Habitudes saines pendant la grossesse

Il est important de noter que la grossesse est une période où les femmes sont plus enclines à changer leurs habitudes ce qui favorise la mise en place d'interventions [10]. Ces interventions visent à l'amélioration à court et long terme de leur santé mais également celle de leur famille, puisque c'est en général elle qui gère le quotidien de la maison et donc de la famille. La promotion d'habitudes de vie saines pendant la grossesse, lorsqu'elles sont intégrées à leur style de vie, conduit à des changements importants pour la santé des femmes tout au long de leur vie. Un mode de vie sain comprend à la fois l'intégration de bonnes habitudes (pratique régulière de l'activité physique, une hydratation adéquate et une alimentation équilibrée et variée avec fruits, légumes et fibres) et la suppression d'habitudes qui ont un impact négatif chez la mère et le bébé (consommations d'alcool, de tabac et d'autres drogues et la modification d'autres habitudes comme les consommations de sodas, de sucres, et la sédentarité). Selon Kinnunen et al [11] et Polley et al [12], une partie de ces comportements peut être modifiée lors des consultations médicales pendant la grossesse en orientant les femmes vers l'adoption de ces recommandations. Il a été montré que les femmes qui ont maintenu la pratique d'activité physique pendant leur temps de loisirs ont rapporté une meilleure qualité de vie liée à la santé dans le domaine physique, une diminution de l'apparition de douleurs et une meilleure perception de la santé en général pendant la grossesse [13]. Cependant, nous savons que les changements de comportement et des habitudes ne sont pas faciles, surtout quand elles impliquent l'utilisation de substances qui causent une dépendance comme le tabac. Ainsi, pour les femmes dépendantes, les interventions doivent être effectuées par des équipes pluridisciplinaires ayant des connaissances et une formation spécialisée dans ce domaine [14]. Selon Metz et al. [15], les caractéristiques individuelles doivent également être prises en compte, comme le type d'exercice physique pratiqué par les femmes, l'état nutritionnel, la santé physique et psychologique, leur condition physique avant la grossesse ainsi que le type et la quantité de substances consommées pendant la grossesse. De plus, une attitude respectueuse sans jugement de la part des soignants et des intervenants est essentielle pour créer un environnement permettant une relation de confiance avec la femme qui favorisera l'adoption d'un mode de vie sain.

la grossesse est une période où les femmes sont plus enclines à changer leurs habitudes

En conclusion, la grossesse est une étape importante dans le cours de la vie et qui peut être une période propice à l'éducation pour la santé, en raison notamment de l'association forte entre la santé infantile et la santé maternelle. Un autre élément favorisant l'éducation à la santé est le fait que, pendant la grossesse, la femme est fréquemment en contact avec des professionnels de la santé.

Takito MY ***1,2;***
Gourlan M ***2,3;***
Stoebner A ***3;***
Cousson-Gelie F ***2,3***

Affiliation
1 School of physical education and Sport, University of Sao Paulo (CNPq-CsF),

2 ICM Institut régional du cancer, Epidaure Prevention and Education Cancer Center,

3 Université de Montpellier 3, Epsylon, Montpellier, France

10 SKOUTERIS H et al. Preventing excessive gestational weight gain: a systematic review of interventions. Obes Rev. 2010; 11:757-68.
11 KINNUNEN, TI, et al. Preventing excessive weight gain during pregnancy - a controlled trial in primary health care. Eur J Clin Nutr. 2007; 61(7): 884-91
12 POLLEY, BA. et al. Randomized controlled trial to prevent excessive weight gain in pregnant women. Int J Obes Relat Metab Disord [S.I.]. 2002; 26(11):1494-502
13 MONTOYA et al., Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomized trial. Journal of Pshysiotherapy. 2010; 56(4):253-258.
14 BONNET N, CHIHAOUI T. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Eds Respadd 2013:336.
15 METZ, V; KÖCHL, B; FISHER, G. Should pregnant women with substance use disorders be managed differently? Neuropsychiatry (London). 2012;25; 2(1): 29–41. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3521595/

Maîtresse ! Comment on fait les bébés ?

L'éducation à la vie affective et sexuelle avant le collège

Si nous nous référons à l'article 22 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, ainsi qu'au chapitre II du titre I du livre III du code de l'éducation par un article L. 312-16 ; il devrait y avoir tout au long du cursus de scolarité « Une information et une éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène . »

Sur une recherche par le moteur de recherche Google, nous obtenons quatre fois plus de résultats lorsque nous jumelons le terme « éducation sexuelle » et « collège » que quand ce terme est jumelé à «école primaire ».

Force est de constater que peu d'acteurs de prévention interviennent dans les faits au niveau des écoles primaires sur cette thématique.

Le développement psychosexuel de l'enfant

C'est corrélativement à l'avènement de la puberté que les programmes d'éducation à la vie affective et sexuelle se développent en nombre et sont nommés comme tels. Ce phénomène qui s'impose à l'enfant de façon marquée s'impose aussi à l'adulte de façon remarquée ! Comme s'il imposait qu'on le nomme, que les choses soient dites. Et c'est le cas : bien que ces questions soient prises en compte par la circulaire de l'Education Nationale et dans le quotidien des professionnels des écoles maternelles ou primaires et diluées dans les enseignements, il est rare d'entendre dans les réunions de parents d'élèves que la vie affective et sexuelle est abordée. En collège et lycée, les mots sont dits, des séquences thématiques sont prévues et les parents informés. Là où le développement du corps fait que la réalisation de l'acte sexuel devient possible, il devient également possible de le parler.

On sait que la curiosité des enfants pour ce qui à trait au sexuel commence bien avant la puberté.

Pour comprendre ce contraste, nous pouvons dans un premier temps nous pencher sur l'évolution psychoaffective de l'enfant et repérer ce qu'il est possible d'en extraire en termes d'éducation à la vie affective et sexuelle.

On sait que la curiosité des enfants pour ce qui à trait au sexuel commence bien avant la puberté. De la maternelle au primaire, l'entourage des enfants se fait souvent l'écho amusé ou gêné de leurs remarques, questions ou comportements à ce sujet. Les travaux de Freud ont mis en évidence la curiosité précoce de l'enfant sur la différence des sexes et sur les énigmes de la vie ainsi que l'élaboration dans les premières années de sa vie de théories construisant ainsi une structure imaginaire de sa recherche. Il a également distingué plusieurs périodes dans le développement psychosexuel de l'enfant qui s'enchaînent progressivement : le stade oral (0-1 an), le stade anal (1-3 ans), le stade phallique (3-5 ans), la période de latence (5-11 ans) puis la puberté.

Chacune de ces problématiques successives laisse derrière elle des traces et aura des conséquences sur la sexualité adulte.

Il convient donc d'accompagner l'enfant dans son développement psychosexuel en accueillant l'expression de toutes ses préoccupations et interrogations. Cette démarche induit un accueil inconditionnel de la parole de l'enfant, sans limitation ni censure. Où l'enfant peut-il donc trouver un tel espace d'expression ?

Dans la famille, les enquêtes nous apprennent que 20% des mères et

50% des pères n'ont jamais parlé de sexualité à leurs enfants [1].

1 Dossier enseignants primaire, Zizi

A l'école primaire, la circulaire indique c'est aux «maîtres chargés de classe qu'il incombe la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans le cadre des enseignements, avec le tact qui s'impose et en recherchant la plus grande cohésion avec l'ensemble des apprentissages ».

Mais un enseignant peut-il proposer un espace nommément consacré à la vie affective et sexuelle ? Un espace où toutes les préoccupations de l'enfant pourraient être déposées ? Cet espace serait-il collectif ou individuel ? Les parents adhéreraient-ils à cette démarche ?

La thématique de l'éducation à la vie sexuelle et affective à l'école élémentaire semble donc très complexe. Aussi, interrogeons-nous sur ce fait et imaginons ce qui pourrait évoluer.

L'éducation à la sexualité et à la vie affective, intervient au minimum dans quatre domaines :

•celui de la connaissance (comment on fait des bébés)

•celui des émotions et affects (la différence entre un copain et un amoureux)

•celui de l'intime (ce qui ne se parle ou se montre qu'aux êtres très proches)

•celui des normes sociétales (ce qui semble être de l'ordre de l'acceptable par le regard des autres)

La connaissance

D'abord, peut être pourrions-nous saluer tout le chemin parcouru en un siècle, car en observant la planche anatomique d'un dictionnaire de médecine et d'hygiène de 1931 et un manuel de CM1 et CM2 d'aujourd'hui, nous pouvons constater que nous sommes finalement parvenus à briser quelques tabous...

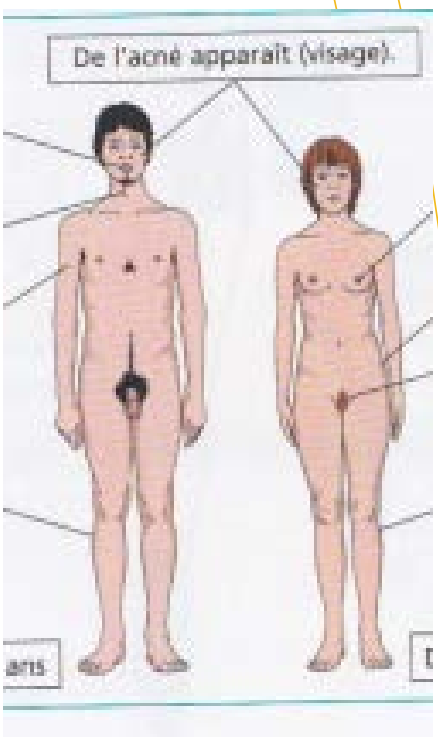
Nous sommes donc bien dans un processus lent, mais continu. Nous

Nouvelle encyclopédie de Médecine et d'Hygiène ; Dt Pierre Louis REHM ; Librairie Quillet, 1931

avons vu se développer depuis les années 70, une éducation à la sexualité qui a d'abord fait son irruption dans les lycées, qui est à ce jour largement réalisée aussi au collège et qui s'installe surtout en termes de connaissance dans les écoles primaires.

Les émotions

Si parler de la sexualité, ce n'est pas parler de sa sexualité, c'est au moins parler de l'ordre de l'intime. Il peut donc être logique qu'un professionnel de l'enseignement ne se sente pas particulièrement compétent (de par sa formation initiale) pour adopter une posture professionnelle adéquate. Celle qui consiste en permanence à contrôler sans nier ses émotions et ses représentations mentales enracinées dans le vécu et qui peuvent à tout moment faire écho à l'enseignement donné.



Cette posture s'apprend, elle est

Odyssépo Sciences Cycle 3 ; Editions Magnard ; février 2010

rarement innée et il est légitime d'être résistant à cette démarche quand on n'a pas eu une formation adéquate. Et pourtant, il est aussi important d'intervenir sur ce champ pour aider les enfants à conscientiser et verbaliser leurs émotions dans leurs relations affectives. Rappelons aussi que sur ce registre de l'expression des émotions les garçons sont culturellement dans un déficit de compétence et ceci expliquerait largement la plus grande propension des hommes à utiliser la violence. Il y a donc là un vaste champ d'intervention qui n'est que peu investigué à ce jour.

L'intime

Il est aussi important d'apprendre aux enfants à repérer ce qui est de l'ordre :

• de l'intime dans le champ du sexué (la tenue vestimentaire

sexuel l'expo !, Cité des sciences et de l'industrie, octobre 2007

dénudée ou pas).

• de la variation de la notion de l'intimité d'une famille à une autre (les douches prises ensemble ou séparément)

• du respect de l'intime de l'autre (les WC de l'école)

• des interlocuteurs de la parole intime (à qui je peux parler de mes émois amoureux)

• de l'aide à attendre de mon instituteur (est-ce que je peux poser toutes les questions)

Ces différents aspects sont traités le plus souvent de façon institutionnelle et coercitive, et généralement suite à des incidents. L'école primaire comme l'ensemble de la société française est rarement dans une démarche préventive et éducative.

Cette démarche préventive sur la question de l'intimité prend d'ailleurs tout son sens quand on intervient auprès d'adolescents pour lesquels l'usage des NTIC a profondément modifié les modes relationnels et les rapports à l'intime. Les recherches et travaux à ce sujet sont nombreux et montrent bien que les limites entre vie privée et vie publique sont redéfinies. On parle d'identité numérique : « être soi, c'est se montrer"[2] . La recherche d'identité passe par la divulgation d'une partie de son intimité, aussi bien physique que psychique.

Il convient donc, pour les accompagner au mieux dans ces usages, que les professionnels se laissent d'une part enseigner de ces pratiques afin de pouvoir en repérer avec eux les bénéfices et les risques. D'autre part, par la proposition d'une réflexion précoce sur ce sujet, favoriser chez les futurs adolescents un usage avisé et responsable des NTIC.

2 LIOTARD Philippe, « L'intime par le social : les adolescents et les NTIC », La santé de l'homme, n°418, mars avril 2012

Les normes sociales

La sexualité et la vie affective parlent aussi de l'organisation sociale de notre société. L'histoire nous enseigne que du Droit romain où le Pater Familias avait droit de vie et de mort sur l'ensemble de sa famille, aux riches citoyens grecs qui pratiquaient la pédophilie, jusqu'au gouvernement de Vichy qui posait l'avortement comme un crime contre l'Etat, cet univers (dont l'acte est intime) est dans les interrelations entre les personnes éminemment public et sociétal. Or, depuis plus d'un demi-siècle, nous sommes dans une période de refondation de notre société : la famille, le mariage, le divorce, l'orientation sexuelle, la relation amoureuse, la filiation, les libertés et les interdits bougent, évoluent, se transforment. Alors, que dire aux enfants, qui soit audible pour eux, mais aussi validé ou acceptable par leurs parents.

Quand nous voyons la cacophonie médiatique, les réactions pulsionnelles et les quelques interrogations élaborées occasionnées par le mariage pour tous, que doit dire un enseignant à un enfant sur une interrogation à ce sujet ?

Une réponse lapidaire : « *Ce n'est pas au programme de cette année.*»

Une réponse purement juridique : « *C'est un droit offert aux homosexuels.*»

Une réponse sibylline : « *Disons que c'est un peu compliqué, c'est une histoire de grands.*»

Une réponse de côté : « *Tu poseras la question à tes parents.*»

Une réponse interrogative : « *Et toi, qu'est ce que tu en penses ?*»

"Tu poseras la question à tes parents"

Une réponse historique : « *Autrefois, il était interdit que deux hommes ou deux femmes se marient, mais la France a décidé qu'ils en avaient maintenant le droit.*»

Une réponse géographique : « *Dans beaucoup de pays, on interdit le mariage aux personnes de même sexe, notre pays la France a décidé de leurs offrir ce droit* »

Une réponse législative : « *Des personnes étaient pour et d'autres contre, et c'était leur droit. Mais il fallait décider et les députés ont beaucoup discuté, ils ont voté, et maintenant la loi de la République autorise le mariage entre deux hommes ou deux femmes* ».

Texte imprimé : " Une soupe, une pipe et au lit"

Et nous pressentons bien qu'une bonne réponse serait un mixte de toutes ces réponses avec un large travail d'adaptation au niveau de compréhension des enfants.

Il ressort donc de ce dernier point (mais également des domaines précédents) l'impérative nécessité d'associer les parents qui sont les premiers éducateurs.

Enfin, il convient de se pencher sur le phénomène de l'hypersexualisation qui consiste à « *sexualiser une chose qui ne l'est pas en soi* ». Autrement dit, il s'agit d'une « *mise en scène de la sexualité jugée socialement en inadéquation avec la maturité sexuelle de l'enfant et de l'adolescent.* [3]». Ce concept vient d'outre-Atlantique et il se rencontre dans toutes les sociétés d'économie de marché.

De la vente de strings pour des fillettes de 10 ans en passant par des bikinis push-up pour des filles de 8 à 14 ans [4], le marché offre aux familles la possibilité de transformer leurs fillettes en femmes…(et cela chers parents pour des sommes dérisoires !). Ce phénomène touche les enfants de plus en plus jeunes (chaussures à talons pour des bébés de moins de 6 moins, bodys aux messages douteux) et a fait l'objet d'un rapport parlementaire en 2013.[5]

Le développement de ce phénomène vient donc appuyer les préconisations selon lesquelles il est primordial d'associer parents et enseignants dans l'éducation à la vie affective et sexuelle des enfants au sein de l'école primaire et aux vues de ces images, peut-être également dans les écoles maternelles et les crèches...

En conclusion

Il pourrait être intéressant d'envisager un travail collaboratif pour aboutir à des programmes de prévention adaptés à l'école primaire. Ce travail devrait réunir les compétences en pédagogie tenues par le corps professoral, en psychologie portées par les acteurs de prévention et celles éducatives dévolues aux représentants des parents d'élèves.

Nous voyons au travers de ces quelques exemples que l'éducation à la vie affective et sexuelle pourrait largement dépasser le registre de la connaissance et s'ouvrir à l'apprentissage de la gestion des émotions, au renforcement de la compréhension des interdits, à l'entraînement à la pensée critique, ce qui en somme rejoindrait largement l'article 6 de la chartre de la laïcité à l'école : *« la laïcité de l'École offre aux élèves les conditions pour forger leur personnalité, exercer leur libre arbitre et faire l'apprentissage de la citoyenneté.»*

Alexandra DETRY, Psychologue clinicienne

Bertrand BLANCHARD, Directeur

Association Holisme Communication

Membre du Pôle

3 Journée de formation « Hypersexualisation : sexualité précoce ? », CRIAVS LR, 16/11/2012

4 Top 10 des pires inventions pour faire des petites filles, des femmes. www.topito.com/top-pire-invention-petite-fille-sexy

5 « Contre l'hypersexualisation, un nouveau combat pour l'égalité », Rapport parlementaire de Madame Chantal Jouanno, Sénatrice de Paris, 05/03/2012. www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hypersexualisation2012.pdf

Références bibliographiques

Charte de la Laïcité à l'école Septembre 2013 http://www.education.gouv.fr/cid73666/charte-de-la-laicite-a-l-ecole.html

L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées /NOR : MENE0300322C RLR : 505-7 / CIRCULAIRE N°2003-027 DU 17-2-2003 / MEN /DESCO B4

Programme Ecole Primaire / Bulletin officiel n° 1 du 5 janvier 2012 © Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative > www.education.gouv.fr

Animations à la vie affective et sexuelle à l'école / Propositions d'objectifs, de thématiques et destratégies / Rapport de l'équipe interuniversitaire / Michel Andrien (ULG), Katty Renard (ULB), Hélène Vanorlé (FUNDP) / Décembre 2003

FREUD S., La vie sexuelle, « Les explications sexuelles données aux enfants », 1907

FREUD S., Trois essais sur la théorie sexuelle, 1905

Personnes âgées et addiction :

Fiction commune ou réalité déniée ?

Depuis plusieurs mois, le réseau 34 Addictologie est interpellé par différents professionnels des filières gérontologique et addictologique sur des situations de personnes âgées ayant des difficultés et des conséquences somato-psychiques liées à l'usage de substances psycho-actives.

Une nécessité : une étape d'investigation

Le réseau a donc initié un travail de recherche bibliographique sur cette question. Cette problématique est évoquée en France depuis quelques années et depuis bien plus longtemps par d'autres pays comme le Canada. Différentes brochures d'information pour le grand public, mais aussi des guides en direction des professionnels, ont été recensés. Une étape de traduction a été nécessaire pour les documents en anglais. A partir de là, un travail d'élaboration de brochures adaptées au contexte loco-régional est en cours.

Engager une réflexion et un débat : les rencontres inter professionnelles

En mai 2012, le réseau a organisé en collaboration avec le service de gérontologie du CHRU de Montpellier une première rencontre « Les personnes âgées et l'alcool, tour d'horizon : où en est-on en 2012 ? » entre professionnels de l'addictologie et professionnels de la gérontologie. Celle-ci s'est déroulée au Centre de gérontologie clinique (Centre de prévention et de traitement des maladies du vieillissement - Antonin Balmès).

Le docteur Sophie Captier-Valette, médecin addictologue (administratrice du Réseau 34 et intervenant à l'UTTD-CSAPA, à la clinique du Parc et à l'Espace Santé de Lunel), a introduit la soirée par une intervention sur les questions d'actualité et les stratégies à développer. Il s'agissait de sensibiliser les accompagnants de sujets âgés à l'identification des risques et des problèmes attribuables à la consommation d'alcool en lien avec un état de santé potentiellement déclinant. Ainsi, cette consommation est en corrélation avec une augmentation du nombre de problèmes chroniques associés, un usage plus important de médicaments et une altération de l'état fonctionnel.

Un débat riche et animé a permis à différents participants - intervenant en EHPAD ou en Foyer Logement, en service de gériatrie ou en Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou dans des associations - de partager leurs expériences sur ce sujet. Un constat a été unanimement évoqué : la difficulté d'aborder cette question à cause des représentations fortement négatives associées à ces deux mots « vieux et addictions ». D'autres rencontres ont été organisées à l'initiative de l'association Alcool et Les Proches notamment avec le personnel d'EPADH ou encore avec les directeurs d'établissements et organismes de mise sous tutelle à Lattes.

En juin 2013, l'action du Réseau s'est poursuivie notamment en organisant - à la demande et avec le CLIC GERONTHAU - une journée de réflexions et d'échanges sur cette thématique. Là aussi, la participation a été importante montrant à la fois l'acuité de cette question et la forte demande d'accompagnement des équipes.

Mais qu'en est-il réellement de cette question ?

Il est difficile d'avoir une vision claire de ce phénomène.

D'une part, l'expérience des alcoologues met en évidence : à la fois, la poursuite des comportements problématiques d'usage d'alcool chez leurs patients qu'ils accompagnent depuis de nombreuses années, et aussi, l'orientation vers leurs services ou consultations de nouveaux patients âgés, qui au décours d'une complication ont été repérés avec un usage problématique d'alcool.

D'autre part, les intervenants des CSAPA constatent le vieillissement de leur patientèle dans le cadre de leur accompagnement médico-psycho-social.

Des données épidémiologiques confirment ces évolutions et montrent des tendances :

• En France, de 10 à 15 % de prévalence de mésusage d'alcool chez les personnes âgées, comme dans la population générale mais avec des conséquences morbides plus sévères et une augmentation importante des hospitalisations imputables à l'alcool chez les plus de 65 ans [1]

• En Europe les plus de 40 ans en traitement de dépendance aux opiacés augmentent, entre 2002 et 2005, de 8,6% à 17,5% [2]

• En France, chez les seniors, il est mis en évidence de 1 % à 4% de joueurs pathologiques alors qu'elle serait de 0,4% en population générale [3]

• En France, de 4 à 15% des personnes âgées ont une conduite toxicomaniaque avec certains médicaments, notamment les benzodiazépines ; aux USA, en population générale, l'estimation est entre 1 et 2% [4]

• Aux USA, une estimation de l'évolution de la consommation de drogues chez les personnes âgées projette une augmentation de 300% entre 2011 et 2020 [5]

Alors qu'en est-il de la prévention des addictions après 55 ans ?

Il est plus facile de parler de prévention des conduites addictives chez les jeunes : des enjeux sont clairement définis ; des objectifs sont fixés ; des programmes sont validés. La prévention des addictions chez les séniors se heurte à certaines résistances empreintes de fatalisme : il est communément admis qu'il serait trop tard pour envisager celle-ci après 55 ans.

Pourtant, dès le rapport sur le vieillissement de 1962, dit rapport Laroque, la notion de prévention est citée comme un facteur d'espérance de vie sans incapacité. Plusieurs programmes de santé publique vont se succéder dans le sens de la promotion d'un vieillissement sain et actif. En 2012, la Commission Européenne a mis l'accent sur la thématique du vieillissement actif et de la solidarité inter-générationnelle. La Fondation Nationale de Gérontologie organisa en 2012 son colloque sur Prévention et Vieillissement pour faire le point sur les modèles, les expérimentations et la mise en œuvre. Les caisses de retraite ont fait de la prévention un axe novateur de leur politique, d'abord dans une approche individuelle faisant appel à la responsabilisation des personnes, puis développant une approche écologique pour un abord global et positif de la santé.

Alors pourquoi ne pas introduire dans cette optique de la préservation de l'autonomie, de la longévité et de la promotion de la qualité de vie, une rubrique sur la prévention des conduites addictives ainsi que sur la réduction des risques. Car les conséquences des usages de substances psycho-actives dont principalement l'alcool ont un impact sur les trois objectifs cités ci-dessus.

Développons ces actions à tout âge. La prévention accompagne chaque étape de la vie. Il n'y a pas de temps mort pour la prévention. Et « il n'est jamais trop tard » aussi bien dans la prévention que dans l'accompagnement comme le dit avec justesse une brochure des Alcooliques Anonymes Nord-Américains aux plus âgés.

La prévention accompagne chaque étape de la vie.

Vieillir c'est devenir quelqu'un d'autre, c'est se transformer

Il faut se ré-interroger sur le sens de ces conduites de consommation à cet âge là. Tout être est un être de désir et de raison, pris dans l'ambivalence et la tension entre pulsion de vie et pulsion de mort. Consommer des substances psycho-actives permet de se mettre hors du temps, sans appétit du futur. Le processus addictif pourrait être une façon de conjurer l'attente pour se séparer de la vie, dans le confort de l'apaisement.

Car vieillir c'est devenir quelqu'un d'autre, c'est se transformer ; c'est une véritable crise identitaire pouvant être soulagée par l'usage de « drogues ». C'est ré-apprendre à vivre avec son corps, un corps plus lent, un corps parfois perçu comme en pièces détachées, un corps ayant quelques fois perdu sa fonction de contenant. Mais aussi ré-apprendre de nouvelles sensations agréables, avec notamment l'accent mis sur le toucher et l'odorat. C'est une sensualité renouvelée, maintenant le désir avec des moments de plaisir, besoin vital pour le sujet.

1 « Addictions du sujet âgé » - Dossier revue Neurologie Psychiatrie Gériatrie, 2008, vol. 8 n° 45 et 46 p. 3-22

2 Consommation de drogues chez les personnes âgées: un phénomène négligé revue Objectif Drogues n°18 2008 OEDT

3 Op. cit, « Addictions du sujet âgé »

4 Op. cit, « Addictions du sujet âgé »

5 Op. cit, Consommation de drogues chez les personnes âgées:

La vieillesse peut être approchée comme un âge de lutte, pour préserver son statut de personne malgré de nombreuses pertes dans une société privilégiant le jeunisme et le productivisme.

Ainsi donc, la soi-disant question éthique du dernier petit plaisir de la consommation de psychotrope est « balayée ». D'autant que les personnes âgées ayant des conduites addictives parlent de leur souffrance ; elles disent leurs difficultés à demander de l'aide et des soins, dans une société qui renforce leur sentiment d'inutilité, de dévalorisation et d'inefficacité personnelle par rapport au changement.

S'intéresser à cette question, c'est donc là aussi travailler sur nos représentations personnelles et sociales véhiculées par la réunion de ces deux mots addictions et personnes âgées, double honte entraînant une amplification des stéréotypes. Pour cela, il faut combattre nombre d'idées reçues inscrites très profondément dans la soi-disant sagesse populaire. Ainsi, il est attribué à Platon la maxime « *le vin est le lait des vieillards* ». Et Jean Giono écrit dans son roman « *Les deux cavaliers dans l'orage* » : « *Allons, tu as raison Delphine, c'est notre pain en bouteille. Donne m'en encore un peu. Pour nous qui sommes vieilles, cette bouteille (d'eau de vie) c'est notre cœur* ». La tâche est immense quand nous lisons cela ! Mais elle est essentielle car elle doit permettre de :

• Faire bouger la place et la représentation de l'usage des psychotropes dans la société en général

• Mobiliser les professionnels et les aidants en contact avec les personnes âgées pour aborder plus facilement « ce tabou »

• S'appuyer pour tous les professionnels sur une « parole bonne» véhiculant des messages d'information clairs et validés ouvrant un dialogue respectueux avec les personnes

• Questionner les intervenants en addictologie pour améliorer l'accessibilité des dispositifs aux plus âgés et donc revisiter leur projet d'établissement

• Développer des expériences innovantes de prévention écologique agissant sur l'environnement des personnes âgées pour renforcer les facteurs de protection vis-à-vis des conduites addictives

C'est pour le **Réseau34 Addictologie** une nouvelle aventure au service des professionnels et des personnes concernées, à partir des années d'expériences acquises autour du travailler ensemble et de la participation des populations concernées à la définition de solutions adaptées à leur problématique.

Sylvie MARCE, coordinatrice réseau34addictologie

Yves LEGLISE, praticien hospitalier, responsable médical de UTTD-CSAPA, département d'addictologie CHRU Montpellier, membre du réseau34addictologie

Références bibliographiques

« Addictions du sujet âgé » - Dossier revue Neurologie Psychiatrie Gériatrie, 2008, vol. 8 n° 45 et 46 p. 3-22

COUDERC E. – « Représentations de la consommation d'alcool chez les plus de 65 ans : étude qualitative » - Thèse de doctorat de médecine, décembre 2010

DADOUN R. - « Manifeste pour une vieillesse ardente Grand Age » - Age d'avenir Paris, Edition Zulna, collection Grain d'Orage, 2005, 170 pages

DECHAMP C.-LE ROUX R. - « La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? » - Revue Gérontologie et Société, hors série, septembre 2012, p 81-91

GRINER-ABRAHAM V. - « In vino viellissimo : au temps du plus jamais, dernier plaisir ou ultime tabou ? » A propos des vieux addictés - Revue Psychotropes, vol. 17, 2011/2012 p. 39-53

LECORPS P. - « Prévention et Temporalité Psychotropes » - 2011- 2012, Vol 17, p. 65-73

MENECIER P. – « Boire de l'alcool et vieillir : représentations et soins » - AFDG Lettre de psychogériatrie, 2013, p. 1-6

Consommation de drogues chez les personnes âgées: un phénomène négligé revue 0bjectif Drogues n°18 2008 OEDT

Bibliographie « Périodes propices pour l'éducation pour la santé »

Cette bibliographie n'est pas exhaustive et résulte d'un choix pour couvrir de façon la plus pertinente possible la thématique du «handicap et des programmes d'éducation et de promotion de la santé». Cette sélection de documents a été réalisée afin de vous offrir un aperçu de la richesse des fonds documentaires du Pôle et faciliter vos recherches. Pour accéder à davantage de références en ligne, connectez-vous sur la BDSP et BIB-BOP. Vous pouvez également contacter les documentalistes du Pôle régional de compétences pour des recherches plus précises sur ce sujet.

SOMMAIRE

Références bibliographiques

Outils d'intervention

Sitographie

Lieux ressources

Références bibliographiques

DURANT Muriel, Raconte-moi… la promotion de la santé, Education santé, n°286, 2013-02, pp. 8-12

Education pour la santé : une place insuffisante dans la politique de santé ? Enjeux et pratiques d'une discipline à redécouvrir, Santé publique, vol. 25 suppl. 2, 2013, pp. s81-s240

BAYLET René, TERRAL Claude, GUYONNET Jean-Paul, **Itinéraires en "Education pour la santé"**, 2013, 14 p.

LE GRAND Eric, CHAULIAC Michel, HERCBERG Serge (et al.), **La Santé de l'homme : 1942-2012. 70 ans d'éducation pour la santé**, Santé de l'homme, n° 420 hors-série, 2012-09, 59 p.

Pourquoi l'éducation à la santé est devenue si compliquée à mettre en place ?, Contact santé, n° 235, 2012-09, pp. 22-23

LANNES Lisandra, LANNES Ysaline, **25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones**, REFIPS, 2012, 97 p.

TESSIER Stéphane, Les éducations en santé. **Education pour la santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours**, Maloine, 2012, 216 p.

GRUERE Martine, NOEL Geneviève, FERRON Christine (et al.), **L'innovation en promotion de la santé : prendre le risque du changement social. Dossier**, Horizon pluriel, n° 22, 2011-12-00, 10 p.

VANDOORNE Chantal, **Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé : parle-t-on de la même chose ?**, Education santé, n° 250, 2009-11, pp. 6-7

PAUL Patrick, **La dimension éthique dans l'éducation à la santé**, Education du patient et enjeux de santé, vol. 23 n° 2, 2005-04-01, pp. 38-45

GOUDET Bernard, **Les enjeux de l'éducation pour la santé**, CRAES-CRIPS Aquitaine, 2005, 4p.

NOURRISSON Didier, **Education à la santé. XIXe-XX siècle**, Editions ENSP, 2002, 158 p.

Plan national d'éducation pour la santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité-secrétariat d'état à la santé, 2001-01-01, 23 p.

Outils d'intervention

Ces outils d'intervention sont présentés par ordre alphabétique et ne sont qu'un aperçu des outils disponibles. Pour avoir accès à davantage de références et préciser votre demande (population, thématique), n'hésitez pas à consulter la Base d'Outils Pédagogiques des Comités d'Education pour la Santé du Languedoc-Roussillon.

Art-Langage : Bien-être, mal-être
Olivo Catherine, CRES Languedoc-Roussillon, 2008 (Photoexpression)
Disponible à l'Ireps LR, au Codes 11, au Codes 48 antenne de l'Ireps, au Codes 30, au Codes 66

Au-delà des apparences. Les clés de l'estime de soi

Eating disorders association, PRECOM, 2008 (Mallette pédagogique)
Disponible à l'Ireps LR, au Codes 11, au Codes 48 antenne de l'Ireps, au Codes 30, au Codes 66

Décode le monde. De l'influence des médias sur la santé
ROEHRIG Corinne, BERT Dorothée, PATUANO Chantal, CoDES des Alpes-Maritimes, 2005 (Mallette pédagogique)
Disponible à l'Ireps LR, au Codes 30

Derrière le miroir
Groupe d'action sur le poids et l'équilibre, 2011 (Mallette pédagogique)
Pour accéder à l'outil : http://www.derrierelemiroir.ca/

Histoire de dire !
CNDT, Mezcal studio, 2004 (Jeu)
Disponible à l'Ireps LR

La santé, c'est aussi…
Culture et santé, 2012 (Mallette pédagogique)
Pour accéder à l'outil : http://www.cultures-sante.be/nos-outils/promotion-de-la-sante/la-sante-c-est-aussi.html

Le corps, c'est aussi…
Culture et santé, s.d (Mallette pédagogique)
Pour accéder à l'outil : http://www.cultures-sante.be/nos-outils/promotion-de-la-sante/le-corps-cest-aussi.html

Parlondado
Comité départemental d'éducation pour la santé (CDES) de Haute Garonne, CDES de Haute Garonne, 2005 (Photoexpression)
Pour accéder à l'outil : http://pmb.santenpdc.org/opac_css/doc_num.php?explnum_id=2554

Parcours D-Stress
BONTEMPS R., DE REYS Y., SPIECE C., Union nationale des mutualités socialistes-service promotion de la santé, Question santé, 2002 (Mallette pédagogique)
Disponible à l'Ireps LR, au Codes 11, au Codes 48 antenne de l'Ireps

Synopsis. Valorisation du Bien-être et de l'estime de soi
ROEHRIG Corinne, BOESCH Diane, BULARD Marie, CRES de Haute-Normandie, 2002 (Mallette pédagogique)
Disponible à l'Ireps LR, au Codes 48 antenne de l'Ireps

Sitographie

Organisation Mondiale de la santé
http://www.who.int/fr/

Union internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (UIPES)
http://www.iuhpe.org

Unité d'Education pour la Santé-RESO (UCL-RESO)
http://www.uclouvain.be

Ministère des Affaires sociales et de la santé
http://www.social-sante.gouv.fr/

Société Française de Santé Publique (SFSP)
http://www.sfsp.fr/

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
http://www.inpes.sante.fr/

Fédération Nationale d'Education pour la santé

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)
http://www.inserm.fr/

Institut de veille sanitaire (InVS)
http://www.invs.sante.fr/

Haut Conseil de la santé publique (HCSP)
http://www.hcsp.fr

Haute Autorité de Santé (HAS)
http://www.has-sante.fr/

L e Pôle Régional de Compétences en Education et Promotion de la Santé
http://www.pole-education-sante-lr.fr/

Comités départementaux d Education pour la santé
Codes 11 : http://www.codes11.com
Codes 30 : http://www.codes30.org
Codes 34 : http://chesfraps.com/
Codes 48 : http://www.irepslr.org
Codes 66 : http://www.irepslr.org

Maison de la prévention
http://www.montpellier.fr/3251-maison-de-la-prevention-sante-bis.htm

Les lieux ressources cités ont une approche globale et transversale de promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Il existe de nombreux lieux ressources supplémentaires, spécialisés, dans une thématique ou une population.

Retour vers le sommaire de la bibliographie

Bibliographie réalisée par :

IREPS LR

Membre du Pôle